



**AUSL di PESCARA**

RSA di .....

Recapiti .....

Percorso assistenziale condiviso tra AUSL Pescara e Ambiti Territoriali Sociali (ATS) della Provincia di Pescara per la gestione del paziente con necessità di ricovero in Struttura Residenziale Assistenziale (RSA) Anziani/Disabili Adulti/Demenze e Struttura Protetta (RP) anziani e disabili

**PERCORSO AMMINISTRATIVO DEL PAZIENTE**

Alla C.A. del PUA di \_\_\_\_\_

A seguito dell'autorizzazione UVM n° ..... effettuata dal Servizio competente dell'Area Distrettuale di ..... in data ...../...../.....

**SI COMUNICA CHE**

il/la sig./ra .....  
 nato/a ..... (.....) il ...../...../..... e  
 residente a ..... (.....) in  
 via .....num.....  
 caregiver di riferimento sig./ra .....  
 in qualità di ..... recapiti telefonici .....

è stato/a **ricoverato** presso questa struttura il giorno ...../...../..... per un periodo di ..... giorni in fascia 1° 2° 3°  
 Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ L'incaricato amministrativo \_\_\_\_\_

è stato/a **prorogato** il ricovero presso questa struttura per un periodo di ..... giorni fascia precedente 1° 2° 3° - fascia attuale 1° 2° 3°  
 Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ L'incaricato amministrativo \_\_\_\_\_

è stato/a **dimesso** da questa struttura il giorno ...../...../..... per la seguente motivazione ( se dimesso prima del tempo stabilito dall'UVM)  
 .....  
 Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ L'incaricato amministrativo \_\_\_\_\_