



C.O.E.S. ONLUS

Tipo documento: **Modulo**

Titolo documento
Inserimento in lista di attesa

Emesso da	RQ	Codice documento 10.5	Versione 1	Data di emissione 28.02.2019
-----------	-----------	---------------------------------	----------------------	----------------------------------------

RICHIESTA DI INSERIMENTO IN LISTA DI ATTESA

Nome _____ Cognome _____

Luogo e data di nascita _____

Età _____ Codice Fiscale _____

Residenza _____

Telefono fisso _____ Cellulare _____

ASL _____ MUNICIPIO _____

INVALIDITA' [] NO [] SI [] RICHIESTA

Grado di invalidità _____

accompagnato: [] NO [] SI

L. 104/92 [] NO [] SI

Tutela Legale [] Minore [] NO [] SI [] Amministratore di sostegno
(nominativo) _____

SERVIZIO EROGATO DA ENTE LOCALE (SAISH) [] NO [] SI

TRATTAMENTO RICHIESTO [] semiresidenziale [] ambulatorio [] domiciliare

