

ALLEGATO 4

**Al Responsabile PUA
A.S.P. Catanzaro
D.S.S. Soverato**

**Al Responsabile U.O. Hospice e Cure Palliative
A.S.P. Catanzaro
D.S.S. Soverato**

Dr. _____
**Piazza Casalnuovo 88068
Soverato (CZ)**

OGGETTO: Richiesta autorizzazione al ricovero/inserimento in lista d'attesa

Utente: _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

telefono _____ in qualità di _____

del sig.

Cognome _____ Nome _____ nato a _____

il _____ Residente a _____ Via _____ n. _____

CHIEDE

PER QUEST'ULTIMO/A l'autorizzazione al ricovero/inserimento in lista d'attesa presso la struttura:

di _____

Data _____

**Firma
(Richiedente sottoscrittore)**
