

Residenza protetta per Anziani
Azienda Pubblica di Servizi alla Persona
“Letizia Veralli, Giulio ed Angelo Cortesi”
Via Tiberina, n.11 06059 TODI (PG) - Tel. 075/8942362

Spett.le
A.P.S.P. “L. Veralli, G. ed A. Cortesi”
Via Tiberina, 11
06059 Todi (PG)

Il/La Sottoscritto/a _____ in qualità di:

- familiare** (grado parentela _____)
- Tutore** **Curatore** **Amministratore di Sostegno** **Assistente Sociale**

del/la sig./ra _____

nata a _____, il ____/____/_____

CHIEDE IL RILASCIO DI

- Attestazione di Ricovero;**
- Autorizzazione al trasferimento della Residenza** presso codesta struttura

del/la Sig./Sig.ra _____ **ospite** presso la
Residenza Protetta per anziani non autosufficienti A.P.S.P. “L. Veralli Cortesi, G. ed A. Cortesi”,

Si dichiara, altresì, che detta Attestazione viene richiesta **per gli usi consentiti dalla legge.**

Todi, _____

Firma
