

MOD. C

ASM
AZIENDA SANITARIA di MATERA
UFFICIO ASSISTENZA CATEGORIE PROTETTE

**Richiesta per cure –CLIMATICHE -TERAPEUTICHE INALATORIE-
IDROPINICHE - FANGHI E BAGNI**
(Richiesta contributo di soggiorno massimo gg. 15)

Il sottoscritto.....nato a.....il.....

Residente a..... Via n.....

C:F:.....Invalido: ex militare di guerra – civile di guerra – per servizio
con pensione di.....catg.Per (diagnosi. Mod.69).....

CHIEDE

Di essere ammesso alle cure
.....li.....

IL RICHIEDENTE

(riservato al Medico di Base – curante)
CONDIZIONE CLINICHE GENERALI

Buone (.....) Discrete (.....) Scadenti (.....)

Peso Kg..... Altezza cm..... P.A. =Fr.....

Parere circa la necessità o meno dell'assistenza richiesta

IL MEDICO DI BASE – Curante-

.....
(timbro e firma)

(Spazio riservato al Sanitario ASM)

ESAMINATI GLI ATTI

Propone un ciclo di cure : (...) INALATORIE(...)IDROPINICHE (...) FANGHI E BAGNI.

Proposta di ammissione
per il seguente motivo.....
.. esclusione

DATA.....

IL SANITARIO ASM