

CENTRO ACCOGLIENZA BAMBINO E FAMIGLIA

Servizio Sociale

Telefono: 010 56362111

Genova, _____

Spett.le

Direzione Sanitaria

S E D E

Oggetto: Prelievo a favore del paziente _____

dal **FONDO per ASSISTENZA SOCIALE.**

Si richiede il prelevamento dal Fondo per ASSISTENZA SOCIALE della somma di Euro _____ (_____) a favore del paziente in oggetto, ricoverato o in cura nel nostro Istituto presso l'UOC/UOSD _____ per _____

Delegati al ritiro:

- 1) Cognome e nome _____
(grado di parentela _____)
- 2) Cognome e nome _____
(grado di parentela _____)

Distinti saluti.

L'Assistente Sociale

Visto, si autorizza
Il Direttore Sanitario
(Dr. Raffaele Spiazzi)