



CITTA' DI BARLETTA  
Medaglia d'oro al Valor Militare e al Merito Civile  
Città della Disfida

REGIONE PUGLIA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE BAT

*Al Direttore del Distretto Sanitario n. 4 - ASL BAT  
Piazza Principe Umberto, n. 1*

*Al Comune di Barletta Settore Servizi Sociali  
Piazza A. Moro, n. 16*

**PROPOSTA DI ACCESSO IN**  
**R.S.A. R.S.S.A Comunità Socio-Riabilitativa**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

attualmente domiciliato/ricoverato \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'inserimento in: R.S.A.  R.S.S.A  Comunità Socio- Riabilitativa

denominata \_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

In caso di documentata impossibilità alla firma

Il sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ del sig./sig.ra \_\_\_\_\_

Barletta, \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Documenti da allegare:

Fotocopia carta d'identità, Scheda S.Va.M.A. Sanitaria, Scheda S.Va.M.A. Cognitiva e Funzionale, Certificazione specialistica (struttura pubblica), Mod. ISEE in corso di validità

**DICHIARAZIONE PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ autorizza esplicitamente il trattamento dei propri dati personali ai sensi della vigente normativa.

Barletta, \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_