



SCHEMA DI PROPOSTA PER LE CURE DOMICILIARI RESIDENZIALI (C.D.R.)
nei confronti dei soggetti ospiti in strutture residenziali e collettività (allegato S - AIR/2010).

MEDICO PROPONENTE Dr.cod. reg.....

Tel/cell.....E-mail/P.e.c.....

STRUTTURA RESIDENZIALE *(Tipologia)

Vian° Comune.....

***Allegare copia dell'autorizzazione regionale della struttura residenziale**

ASSISTITO:

Cognome.....

Nome.....

Nato a il...../...../.....

Cod. fisc.....

PROGRAMMA ASSISTENZIALE dal.....al.....

Affetto da :

.....
.....

PROGRAMMA ASSISTENZIALE PROPOSTO: (indicare la natura degli interventi)

.....
.....

Cagliari/...../.....

Timbro e firma del Medico

Parte riservata alla ASSL Cagliari

Si autorizza ai sensi dell'art...comma.....lett... dell'allegato. S dell'Accordo integrativo regionale (AIR./10)

Osservazioni.....
.....

Il Dirigente Medico