

INDICARE I DATI DELLA STRUTTURA SANITARIA

Il sottoscritto/a _____
dichiara che il minore _____
nato il _____ a _____, residente
a _____ Via/Piazza _____ è
in trattamento riabilitativo e/o terapeutico (in regime di convenzione con la ASL N° _____) presso
questo Centro con frequenza _____
per il periodo dal ____/____/____ al ____/____/____ .

Il medesimo minore è inserito nei programmi riabilitativi e/o terapeutici fino al ____/____/____ .

Indicare inoltre quale delle ipotesi sotto riportate ricorre:

- Sono compresi tutti i mesi estivi (luglio, agosto, settembre);
- Sono compresi i seguenti mesi estivi _____
- Non sono compresi i mesi estivi

Data _____

Firma _____