

### SCELTA DELLA RSA

Il/sottoscritto/a.....  
nato/a.....il .....  
residente a .....Via.....n°.....  
Tel..... C.F.....

### CHIEDE

- Per se stesso
- Per il proprio familiare

Nome..... Cognome.....  
nato/a.....il.....  
residente a .....Via ..... n°.....  
Tel..... C.F.....  
in atto ricoverato/a presso U.O .....

di essere ricoverato presso una RSA convenzionata con questa ASP di Catania, ai sensi del D.P. del 25/10/99 e successivi e ai sensi del D. A. del 24/05/10.

Avendo preso visione delle RR.SS.AA. presenti nel territorio della ASP di Catania e della loro allocazione sceglie, in maniera autonoma e non condizionata, in ordine di preferenza e compatibilmente con la disponibilità dei posti liberi, le sottoindicate RSA:

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....

Doc. di riconoscimento.....

Firma

Catania, .....

