

Il sottoscritto Sig. nato a

il e residente a in Via

Familiare (indicare il grado di parentela) del paziente

..... nato a il

e residente a alla Via

DICHIARA

di esprimere il proprio DINIEGO ad intraprendere, presso il proprio domicilio, il percorso all'Assistenza Domiciliare Integrata, in quanto non in grado per motivi sanitari, sociali e/o gestionali ambientali.

Nola li,

Firma del Familiare o del tutore legale

.....

Documento

Rilasciata il da