

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 .....