



Servizio Sanitario Nazionale - Regione Liguria
Azienda Sanitaria Locale n. 5 "Spezzino"
Dipartimento Cure Primarie
e Attività Distrettuali
Via XXIV maggio 139 - 19124 La Spezia
Tel. 0187/533944- 534372 – Fax 0187/533925

Allegato R

Il/la sottoscritto/a, in qualità di _____ del/la Sig./ra _____,

valutato/a in data _____ con un punteggio AGED di _____, indica una o più scelte (anche tutte), senza criteri di priorità, tra le strutture residenziali idonee ad accogliere il proprio/a familiare :

per AGED ≤ 16 :

BARRARE LA STRUTTURA	RESIDENZA PROTETTA	COMUNE
<input type="checkbox"/>	CASA SERENA	LA SPEZIA
<input type="checkbox"/>	PICCOLE SUORE D.P.	LA SPEZIA
<input type="checkbox"/>	MAZZINI	LA SPEZIA
<input type="checkbox"/>	PAX ET BONUM	LERICI
<input type="checkbox"/>	SABBADINI	SARZANA
<input type="checkbox"/>	VILLA MILENA	PONZANO MAGRA
<input type="checkbox"/>	ORCHIDEA	BORGHETTO VARA
<input type="checkbox"/>	PADRE SEMERIA	MONTEROSSO
<input type="checkbox"/>	VILLA ROSA	ALBIANO MAGRA

per AGED ≥ 16,5 :

BARRARE LA STRUTTURA	RESIDENZA SANITARIA ASSISTITA	COMUNE
<input type="checkbox"/>	MAZZINI	LA SPEZIA
<input type="checkbox"/>	SAN VINCENZO	LA SPEZIA
<input type="checkbox"/>	FELICIA	LA SPEZIA
<input type="checkbox"/>	BELVEDERE	LERICI
<input type="checkbox"/>	SABBADINI	SARZANA
<input type="checkbox"/>	VILLA MILENA	PONZANO MAGRA
<input type="checkbox"/>	CENTRO SOCIO SANITARIO S. CUORE	BRUGNATO
<input type="checkbox"/>	ORCHIDEA	BORGHETTO VARA
<input type="checkbox"/>	SAN NICOLÒ	LEVANTO
<input type="checkbox"/>	PADRE SEMERIA	MONTEROSSO
<input type="checkbox"/>	VILLA ROSA	ALBIANO MAGRA

SI INFORMA CHE L'UTENTE CHE SCEGLIE LE STRUTTURE COMUNALI MAZZINI E/O SABBADINI, SE NON RESIDENTE NEI RISPETTIVI COMUNI, SI VEDRA' APPLICATA UNA QUOTA ALBERGHIERA MAGGIORATA RISPETTO AI PARAMETRI DELLA DGR 862/2011

VI E' LA POSSIBILITA' DI UNA SOLA RINUNCIA TEMPORANEA ALL'INSERIMENTO (DURATA SEI MESI). ALLA SECONDA RINUNCIA SEGUIRA' UNA RIDUZIONE DEL PUNTEGGIO IN GRADUATORIA

OCCORRE COMPILARE IL PRESENTE MODULO E CONSEGNARLO IN SEGRETERIA (ANCHE VIA FAX AL N° 0187/534312) O DIRETTAMENTE AL MEDICO VALUTATORE PER PROCEDERE ALL'INSERIMENTO IN GRADUATORIA.

DATA.....

FIRMA.....