ASL n. _____

Unità Operativa Centro di Salute Mentale di

_____

Si attesta che il/la Sig./ra _____

nato/a a _____ il _____

CF _____ è attualmente in carico a questa Unità Operativa per infermità compresa nell'allegato A della L.R. 15/92, come integrato dall'art. 16 della L.R. 20/97, in grado di costituire motivo di perdita delle capacità occupazionali e/o dell'autonomia del soggetto nelle comuni attività della vita quotidiana.

Si riserva di comunicare tempestivamente all'ufficio di Servizio Sociale Comunale ogni variazione che dovesse intervenire nel corso presente anno a quanto sopra dichiarato

Bosa, _____
data

Responsabile Unità Operativa

_____

(timbro e firma)