

Prot. n° (Ser.D.) del

Al

Oggetto: Idoneità programma terapeutico

Idoneità del programma terapeutico della Comunità Terapeutica “_____”
per il Sig. _____, nato a _____ il _____, e residente
in _____ alla Via _____ n. _____.

Questa U.O.C/U.O.S.D. Ser. D., vista la disponibilità all'accoglienza ed il relativo programma
terapeutico proposto dalla Comunità Terapeutica “_____” sita in
_____ prot. n_____ del _____, ritiene tale
programma idoneo, ai sensi del DPR 309/90, al recupero ed alla riabilitazione del Sig.
_____.

Si precisa che il mancato rispetto o il rifiuto del suddetto programma sarà tempestivamente
comunicato alle Autorità preposte e che non saranno prese in considerazione richieste di cambio programma
o Comunità Terapeutiche successivamente all'ingresso presso la struttura indicata in oggetto.

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge, su richiesta di _____

L'assistente Sociale

Lo Psicologo

Il Medico

Dott./ssa