

Prot. n. (Ser.D.) del

All'Ente Ausiliario

" \_\_\_\_\_ "

Via \_\_\_\_\_

e, p.c. Al Ser.D. di \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

**Oggetto: Impegnativa relativa al Sig. \_\_\_\_\_ (n° \_\_\_\_\_)**

Ai sensi del DGR n \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ della Regione \_\_\_\_\_ - si prega di accogliere presso questa sede operativa il sig. \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_ a partire dal \_\_\_\_\_ (Vs. nota n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_) per un periodo di \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) mesi.

per  Area pedagogica riabilitativa  Area terapeutica riabilitativa

in regime  Residenziale  Semi residenziale

Con retta giornaliera €

Secondo quanto previsto dal progetto riabilitativo concordato

*Copia della presente impegnativa, debitamente sottoscritta per accettazione dal Responsabile Legale di codesto Ente, dovrà essere trasmessa entro sette giorni dalla data di accoglienza, a questa U.O.C. Ser.D. e per conoscenza al Ser.D. di competenza territoriale.*

Tutta la documentazione amministrativa, specificando Ser.D. di riferimento, le iniziali e la posizione giudiziaria dell'utente, va indirizzata a:

*per le fatture cartacee:*

**protocollo@pec.aslnapoli3sud.it** (con la specifica "da inviare al GEF per la registrazione")

ASL Napoli 3 Sud – Dipartimento Dipendenze  
Via Marconi n. 66 – 80059 Torre del Greco (NA)

*per le fatture elettroniche:*

Codice Amministrazione Destinataria: **F15EYY**

Il Responsabile del procedimento

Il Direttore U.O.C. Ser.D.

Data ingresso utente .....per accettazione il Responsabile Ente Ausiliario