

Prot n° ..... del.....

Al Direttore del Ser. D. di \_\_\_\_\_

**Oggetto:** Nulla osta per il Sig. \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_

Con la presente, si comunica che il Sig. \_\_\_\_\_, residente nel territorio di Vostra competenza, ha presentato in data \_\_\_\_\_ formale richiesta di essere seguito per motivi personali presso la nostra U.O..

Pertanto, si chiede nulla osta alla presa in carico per mesi 12 (dodici).

Si precisa che eventuale ingresso in Comunità Terapeutica resterà a carico della Vostra struttura.

Si allega alla presente: richiesta dell'utente e fotocopia della Carta d'Identità.

Il Dirigente Medico

\_\_\_\_\_