

### INDICAZIONE PRESIDI / AUSILI

Unità Operativa di .....

Assistito Sig/ra..... data di nascita.....

Indirizzo..... Distretto Sanitario di residenza.....

Quantitativo di presidi/ausili previsti per ..... giorni di ricovero in RSA

	codice	Presidi/ausili	Quantità mensile
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

**Medico dell'Unità Operativa**

*(Timbro e firma)*

Data .....

\_\_\_\_\_

**UVM Distrettuale**

*(Timbro e firma per presa visione e convalida)*

Data .....

\_\_\_\_\_

