

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ alla Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### DICHIARA

di aver preso visione del programma ed essere disponibile ad intraprendere un percorso terapeutico presso la Comunità Terapeutica \_\_\_\_\_

sita in \_\_\_\_\_.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere stato messo a conoscenza e di accettare che non sarà possibile richiedere cambio programma o sede della Comunità Terapeutica successivamente all'ingresso presso la struttura sopraindicata.

\_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_