

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 utenteper accettazione il Responsabile Ente Ausiliario