



# AZIENDA ULSS 20 DI VERONA

Sede legale: via Valverde n. 42 - 37122 Verona - tel. 045/8075511 Fax 045/8075640  
Cod. Fiscale e P. IVA 02573090236



## DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE UOC Servizio Dipendenze

**MOD. A 1**

### AUTORIZZAZIONE A COLLOQUI DI VALUTAZIONE INIZIALE (MAX N°4 COLL.)

Verona, .....

Prot. N. ....

Alla Comunità Terapeutica

.....

Indirizzo:.....

e p.c. alla ULSS di competenza

Si esprime *PARERE FAVOREVOLE* a COLLOQUI DI VALUTAZIONE INIZIALE

#### presso:

- Pronta Accoglienza: .....
- Comunità Terapeutica Residenziale: .....
- Altro: .....

Numero di colloqui autorizzati .....

del Sig./Sig.ra: ..... M F

Codice fiscale cliente .....

Nato/a a: ..... Provincia: ..... il: .....

Residente a: ..... In via: .....

Domicilio attuale: .....

#### PER MAX N°4 COLLOQUI

Il referente per l'inserimento  
(per quanto di competenza)

IL DIRETTORE