



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 2

Alla Comunità Terapeutica

Verona,

.....

Prot. n.

Indirizzo:.....

e p.c. alla ULSS di competenza

AUTORIZZAZIONE ALL'INSERIMENTO NEL PROGRAMMA DI SPERIMENTAZIONE I.T. INTEGRAZIONE TRASVERSALE

Valutati i seguenti criteri di inclusione:

Si	No	CRITERI DI INCLUSIONE
		Comunità accreditata presso la Regione Veneto o altra Regione
		Comunità convenzionata
		Parere positivo dell'equipe
		Valutazione sociale
		Valutazione medica
		Valutazione psichiatrica / psicologica
		Paziente residente ULSS 20
		Se paziente di altra ULSS dichiarazione di accettazione del caricamento della spesa

Fermo restando che l'inserimento può avvenire esclusivamente all'interno del numero dei posti autorizzati dalla Regione Veneto

Tempo previsto di carico l'____l(gg)

Costo stimato al 31/12 l'_____l

Disponibilità di Budget SI NO

Si esprime PARERE FAVOREVOLE all'inserimento presso:

l'Unità di.....

del Sig./Sig.ra: M F

Codice fiscale cliente

Nato/a a: Provincia: il:

Residente a: In via:

Domicilio attuale:

Per quanto riguarda l'impegno di spesa:

	Si autorizza l'ingresso e l'impegno di spesa a carico della ULSS 20 in quanto di nostra competenza e/o esistenza di tutti i criteri di inclusione
	Si autorizza solo l'inserimento e non il pagamento in quanto: - comunità non accreditata o che non richiede il pagamento - paziente di altra ULSS - lettera di accettazione del caricamento della spesa del _____ prot. N. _____ (in allegato)

Il referente per l'inserimento
per quanto di competenza

IL DIRETTORE