

	MOD 035	DIMISSIONI TRATTAMENTO RIABILITATIVO	
	Revisione: 00 Data: ____/____/____	Approvazione: DIR	Data: ____/____/____

Spett. Centro TIVAN s.r.l.
Via Domodossola 27
84091 Battipaglia (SA)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____

_____ in qualità di _____ dell'assistito _____

nato/a il _____, in trattamento presso codesto centro, in regime

_____, chiede le dimissioni dal trattamento riabilitativo con decorrenza

____/____/_____.

Ultima Terapia effettuata in data ____/____/_____.

_____, li _____

In fede
