



**DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE "PATOLOGIA DELLE DIPENDENZE"
AA.SS.LL. BI - NO - VC - VCO**

STRUTTURA COMPLESSA SER.D. ASL BIELLA DOTT. LORENZO SOMAINI	STRUTTURA COMPLESSA SER.D ASL NOVARA DOTT.LIBORIO MARTINO CAMMARATA	STRUTTURA COMPLESSA SER.D ASL VERCELLI DOTT.VINCENZO AMENTA ff	STRUTTURA COMPLESSA SER.D. ASL VCO DOTT.SSA CHIARA CROSA LENZ
---	--	--	---

Allegato 2)

INFORMATIVA MODALITA' INSERIMENTO IN COMUNITA' TERAPEUTICA

Il/la sottoscritto/a _____

Conferma di essere stato informato

Dalla dott.ssa/ sig. _____

in modo esauriente sulle finalità terapeutiche e sulle modalità di inserimento in Struttura Terapeutica

Data ____/____/____

Firma leggibile del paziente (o del Legale Rappresentante)