



DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE, DIPENDENZE PATOLOGICHE E NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA

MODULO DI ISCRIZIONE ALLA CONSULTA DEGLI UTENTI E DEI FAMILIARI

(Istituita con Delibera n. 495 del 11/04/2022)

A: codipalermo@gmail.com

Oggetto: ***Richiesta iscrizione Consulta DSM Palermo***

Gentile Presidente,

Le scrivo per richiedere l'iscrizione alla Consulta degli Utenti e dei Familiari del Dipartimento di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza di Palermo, in qualità di Utente / Familiare _____, seguiti dal Centro di Salute Mentale Modulo _____.

Confermo di aver preso visione del Regolamento della Consulta e rimango in attesa di Vostro riscontro in tal senso.

Distinti Saluti

Nome: _____

Cognome: _____

Telefono: _____

Email: _____

FIRMA
