

Spett. le

**Casa di Cura "S. Maria del Pozzo"
Ambulatorio C.R.D.
Somma V. (NA)**

Il sottoscritto : _____ nella qualità di tutore / legale
rappresentante del paziente _____, ai sensi e per gli effetti
dell'Ordinanza del Presidente della Regione Campania n. 8 del 08/03/2020, con la presente istanza esercita
la facoltà di differimento della terapia riabilitativa fino al 03/04/2020 senza che comporti decadenza dal
diritto alla prestazione.

Tanto era dovuto, Cordiali saluti.

In fede

Somma V., _____
