

UOC CURE PRIMARIE Direttore Dott. Giuseppe Cimarello
 Resp. ADI/ADIAI dott.ssa Federica Cecchini
 Tel. 0761 3391

SCelta ENTE ACCREDITATO PER CURE DOMICILIARI

Il /la Sottoscritto/a.....Nato/a.....
 il.....Residente a.....Prov (...)
 Vian.....C.F.....
 Domiciliato a (se diverso da residenza /specificare se casa di riposo)
 Via Telefono.....e- Mail.....

EFFETTUA LA SCELTA

PER SE'

PER IL PAZIENTE SOTTO INDICATO (in qualità di tutore, curatore, amm.re di sostegno, persona delegata nel caso di impedimento **COMPILARE LA SEZIONE SOTTOSTANTE CON I DATI DEL PAZIENTE**):

Sig./Sig.ra.....Nato/a.....il.....Residente
 a.....Prov.(...) Via.....n.....C.F.....

Eventuale domicilio se diverso da residenza (specificare se casa di riposo)
Via.....Tel.....e- Mail.....

DEL SEGUENTE ENTE ACCREDITATO

indicando la denominazione nel riquadro secondo la priorità di scelta (DCA Regione Lazio N.525 del 30/12/2019)

I°scelta	2°scelta	3°scelta

In base al DCA n. 525 del 30/12/2019, il paziente viene informato che:

- l'elenco degli Enti accreditati per i servizi di cure domiciliari è visionabile sul sito www.asl.vt.it ("assistenza domiciliare"- "strutture accreditate per ADI"), oppure presso i PUA di riferimento;
- in qualsiasi momento la S.V. potrà modificare la scelta dell'Ente accreditato, altrimenti verrà confermata la prima scelta;
- nell'esprimere la preferenza dell'Ente accreditato al quale affidarsi è consapevole che alcune prestazioni possono essere gestite da professionisti ASL.

Data Firma del richiedente.....

Si allega copia del documento di riconoscimento del richiedente.

DELEGA

Il/La Sig./Sig.ra....., come sopra generalizzato/a, delega il/la Sig./Sig.ra
Nato/a.....il.....Residente a
Prov (...) Via.....n....., ad effettuare per suo conto
 la scelta dell'Ente accreditato per i servizi di cure domiciliari.

Data Firma del paziente/delegante

Si allega copia di:

1) Documento di riconoscimento del paziente/delegante

2) Documento di riconoscimento del delegato