

UOC CURE PRIMARIE Direttore Dott. Giuseppe Cimarello
Referente ADI: Dott. Mario Maninchedda
Tel. 0761 3391

SCelta ENTE ACCREDITATO PER CURE DOMICILIARI

Il /la Sottoscritto/a..... Nato/a.....
il..... Residente a..... Prov (...)
Via n..... 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)

1° 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