

Spett.le Direttore D.S.S. N° 3

**ASSISTENZA DOMICILIARE, RESIDENZIALE, SEMIRESIDENZIALE
RINUNCIA**

Il /la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. (_____)
il _____ residente a _____ Prov.(_____) CAP _____
Via _____ n. _____ tel. _____
Codice Fiscale _____

per se stesso
 in qualità di : familiare tutore Amministratore di Sostegno Altro _____
del Sig/Sig.ra _____ (grado di parentela _____)
nato/a _____ Prov. (_____) CAP _____
residente a _____ Prov. (_____) CAP _____
Via _____ n. _____ tel. _____
Codice Fiscale _____
documento di riconoscimento tipo _____ n. _____ rilasciato il _____

COMUNICA DI VOLER RINUNCIARE

all' Assistenza Domiciliare/Residenziale/Semiresidenziale (*specificare*)

<input type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare	<input type="checkbox"/> Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)	<input type="checkbox"/> Residenza Socio Sanitaria Assistenziale (RSSA)	<input type="checkbox"/> Diurno Disabili	<input type="checkbox"/> Altro
<input type="checkbox"/> Hospice	<input type="checkbox"/> Dopo di Noi	<input type="checkbox"/> Casa per la Vita	<input type="checkbox"/> Diurno Demenze	

Per la seguente motivazione (*segnare*):

- migliorare o ristabilire condizioni di salute o di autonomia funzionale (si allega certificazione sanitaria)
 - migliorare o ristabilire condizioni socio-familiari (si allega certificazione dell'Assistente Sociale)
 - aggravamento delle condizioni di salute con ricovero ospedaliero
 - decesso
 - altro
- (specificare) _____

I dati personali raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la stessa dichiarazione viene resa. Per esercitare i suoi diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Reg. UE 2016/679) potrà rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati presso il Titolare del trattamento (ASL BARI – Lungomare Starita 6, 70123 Bari) – email: dpo@asl.bari.it – pec: protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it. Per maggiori informazioni sul trattamento dei dati personali, si rinvia al sito internet istituzionale (<https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari>) nell'apposita sezione Privacy.

Data _____

Firma _____

*La sospensione ha una durata massimo di n..... giorni dalla data di comunicazione di avvenuta sospensione.
Al termine dei giorni la sospensione si traduce inderogabilmente in rinuncia.*