

MODULO A: Scheda di accesso

DISTRETTO SOCIOSANITARIO N _____ AMBITO TERRITORIALE N. _____

COMUNI: _____

A.S.L. _____

*Inserire i loghi degli enti coinvolti per accrescere l'efficacia "visiva" della modulistica di Ambito/Distretto***DOMANDA DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIOSANITARI INTEGRATI
da consegnare alla PUA**Al Direttore del
Distretto Socio-Sanitario n. _____
di _____
A.S.L.

Il/La Richiedente

Nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

Codice Fiscale

Residente in

_____ Cap. _____

Via _____ N. _____

Domiciliato (se diverso dalla residenza) in Via _____

N. _____ Tel./ cell. _____

Sesso: M F Stato civile _____***In caso di rappresentante legale (genitore, tutore, curatore, amministratore di sostegno, etc.) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 DPR 445/2000):***

Il Sig./La Sig.ra

Codice Fiscale

Residente in

_____ Cap. _____

Via _____ N. _____

Tel./ cell. _____

In qualità di:

 rappresentante legale del richiedente (specificare) *persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela) _____***TIPO DI PRESTAZIONE RICHIESTA:**

Domiciliare Semiresidenziale Residenziale Altro

(specificare) _____

MMG/PLS dell'utente

_____ Tel. _____

Studio medico, Via _____ Citta _____

Altro Medico Proponente: (specificare nome e cognome, struttura di appartenenza.)

_____ Tel/fax _____

In caso di urgenza contattare _____**Tel.** _____

Luogo e Data _____

Firma _____

Consenso informato

Il Sottoscritto _____ nato a _____

Il _____ residente a _____

Via _____

in qualità di (specificare)

autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs 196/2003 e s. m. i.SI NO

Luogo e Data _____

Firma _____