SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

CATANZARO

REGIONE CALABRIA

PUNTO UNICO DI ACCESSO AMBITO DI _____

Domanda di Accesso ai Servizi Socio Sanitari Territoriali

RICHIEDENTE

Cognome _____ Nome _____ data nascita _____

residente a _____ in via _____ Telefono/cellulare _____

Rapporto con l'assistito

( ) Se stesso ( ) familiare ( ) soggetto civil. Obblig. ( ) Ass. Sociale ( ) M.M.G. ( ) Medico Osp.

ASSISTITO Cod. Fisc. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Cognome _____ Nome _____ sesso (M) (F)

Nato a _____ il _____ Residenza _____ via _____

Domicilio _____ via _____ Tel. _____

STATO CIVILE _____ TITOLO STUDIO _____

Medico Curante Dr. _____ Tel. _____ Cell. _____

NATURA DELLA RICHIESTA *(INDIVIDUAZIONE Servizio che, a parere del richiedente, potrebbe soddisfare i bisogni dell'assistito)*

( ) SERVIZIO SOCIO ASSISTENZIALE DOMICILIARE	( ) CURE DOMICILIARI PRESTAZIONALI	( ) CURE DOMICILIARI INTEGRATE
( ) ASSISTENZA RESIDENZIALE	( ) ASSISTENZA RIABILITATIVA	( ) CURE PALLIATIVE

ALTRO (SPECIFICARE): _____

CONTESTO DELLA RICHIESTA *(Indicare quali sono i principali problemi sociali e sanitari che inducono la richiesta):*

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

DATA _____ FIRMA _____

Consenso Informato

Si autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs. 196/2003 ( ) SI ( ) NO

Luogo e data _____ FIRMA