



SERVIZIO
SANITARIO
REGIONALE

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CATANZARO



REGIONE CALABRIA

Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA) - AMBITO DI _____

Domanda di accesso ai Servizi Socio Sanitari Territoriali

RICHIEDENTE :

Cognome _____ Nome _____ Tel _____

Nato a _____ il _____ Residenza _____ Via _____

Rapporto con l'assistito:

Se stesso Familiare Sogg. Civilmente obbligato Ass. Sociale Altro _____

ASSISTITO:

Cod. Fiscale _____

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____ Residenza _____ Via _____

Domicilio _____ Via _____ Tel _____

Stato Civile _____ Titolo di Studio _____

Medico Curante (MMG) : Dr _____ Tel _____

NATURA DELLA RICHIESTA:

Cure Sanitarie e Domiciliari Assistenza Residenziale Assistenza Riabilitativa Altro _____

CONTESTO DELLA RICHIESTA (principali problemi sociali e/o sanitari che inducono la richiesta) :

DATA _____

FIRMA _____

Consenso informato al trattamento dei dati personali (artt. 13 e 23 del D. Lgs. 196/2003)

(SI)

(NO)

FIRMA _____