

REGIONE CALABRIA

ASP di CATANZARO

Distretto Socio Sanitario n. 2 di Lamezia T.

Oggetto: **Domanda di Accesso ai servizi Socio - Sanitari territoriali**

RICHIEDENTE: <i>Cognome</i> _____ <i>Nome</i> _____		
Residente _____	Indirizzo _____	
Tel. Casa _____	tel.lavoro _____	In qualità di :
[1] Propria [2] familiare/Affine [3] Sogg. Civil. Obbligato. [4] Assistente sociale [5] M.M.G. [6] M. Osp.		

ASSISTITO	C.F.:																		
Cognome _____	Nome _____	Sesso	[M]	[F]															
Nat_ a _____	Il _____ / _____ / _____	Residente a _____																	
Domiciliato a _____	Via _____	Tel. _____																	
Stato civile	[] celibe [] nubile [] coniugat_ [] separat_ [] divorziat_ [] vedov_ [] non dichiarato	Titolo di studio	[] nessuno [] licenza element. [] licenza media inf. [] diploma media sup. [] diploma universit. [] laurea [] non dichiarato	Medico curante	Dr. _____ Tel. _____														

Motivo della richiesta:			
[1] Perdita Autonomia	[2] Stabilizzazione stato clinico	[3] Insufficienza del supporto familiare	[4] Solitudine
[5] Alloggio non idoneo	[6] Altra motivazione Sociale	[] altro (<i>specificare</i>)	

Servizio Richiesto (<i>individuato dal Medico</i>)			
[] servizio socio assistenziale domiciliare	[] cure domiciliari prestazionali	[] cure domiciliari integrate	[] assistenza domiciliare programmata
[] assistenza residenziale	[] cure domiciliari palliative	[] assistenza riabilitativa	[] altro (<i>specificare</i>)

Contesto della richiesta: (<i>indicare quali sono i principali problemi sociali e sanitari che inducono la richiesta</i>) _____ _____
Provenienza dell'assistito: [] Abitazione [] Altro [] Struttura Riabilitazione [] Struttura Ospedaliera [] Struttura Protetta Socio-Sanitaria [] Struttura Sociale

Data _____ Firma _____

Consenso Informato

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

Luogo e data _____ Firma _____

Allegato 1