



**All. 1**

**Al P. U. A. del Distretto Sanitario di .....  
Comune di .....**

- INSERIMENTO IN TRATTAMENTO RIABILITATIVO AMBULATORIALE**
- INSERIMENTO IN STRUTTURE SOCIORIABILITATIVE:**     **Semiresidenziale**         **Residenziale**
- INSERIMENTO IN RSA .....**
- INSERIMENTO IN HOSPICE**
- INSERIMENTO IN ADI (assistenza domiciliare Integrata)**
- INSERIMENTO IN CURE PALLIATIVE**
- SERVIZIO TRASFUSIONALE A DOMICILIO**
- INSERIMENTO IN CURE RIABILITATIVE**
- INSERIMENTO IN AGI (Ambulatori Gestione Integrata dedicati Cronici)**
- FOLLOW-UP M.M.G.**

**1. Dati riferiti alla persona di cui si chiede l'inserimento**

Generalità \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Ricoverato dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cod. fiscale:

Nominativo del medico di medicina generale \_\_\_\_\_

**2. Dati del richiedente:**

- Diretto interessato ( si vedano i dati del punto 1 )**
- Parente ( indicare i dati del parente ) Rapporto di parentela \_\_\_\_\_**

Generalità \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

- Medico curante Dr. \_\_\_\_\_**
- U.O. Ospedaliera: \_\_\_\_\_**
- Assistente Sociale Comune di \_\_\_\_\_**
- Struttura Residenziale \_\_\_\_\_**
- P.P.I. \_\_\_\_\_**

Se la richiesta d'inserimento è presentata da persona diversa dall'interessato o da un parente responsabile, il richiedente dichiara di avere già ottenuto il consenso preventivo all'inserimento da parte di questi ultimi.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma del Richiedente \_\_\_\_\_

Accenso al trattamento dei dati personali per le finalità connesse alla richiesta, con le modalità di cui al DLgs 196/2003 e alla comunicazione degli stessi agli enti socio sanitari interessati.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_