ASP RAGUSA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

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 _____

Acconsento 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 _____