



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 _____

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 _____