

AZIENDA SANITARIA LOCALE "SALERNO 1"
DISTRETTO SANITARIO N° _____
UNITÀ OPERATIVA ASSISTENZA ANZIANI

Sede _____

Tel. _____

Modulo B

PROT. U.O.A.A. n. _____ del ____/____/____

Il sottoscritto _____,

nato il _____ **a** _____,

residente a _____,

via/piazza _____ **N°** _____,

tel. _____ **Cod. Fiscale**

sotto la propria personale responsabilità, ai sensi dell'art.47 D.P.R. 28/12/2000 N°445, a conoscenza del fatto che, in caso di dichiarazioni false e mendaci, saranno applicate nei suoi confronti, ai sensi dell'art.46 del medesimo D.P.R., le pene previste dal codice penale e dalle leggi speciali in materia,

DICHIARA

di non aver inoltrato alcuna domanda, né di usufruire di altro tipo di Assistenza Domiciliare erogata direttamente dall'A.S.L. SA 1 e/o attraverso Strutture provvisoriamente accreditate,

DICHIARA

- Di aver ricevuto ausilii e presidi dall'U.O. di Riabilitazione del Distretto Sanitario N°
- Di non aver fatto richiesta, né di aver ricevuto nessun ausilio e presidio.

Allega alla presente copia del documento di identità del dichiarante.

CHIEDE

di usufruire del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata Anziani-Oncologica, essendo stato informato ed avendo compreso quanto è previsto dal Programma riguardo all'assistenza medica, infermieristica, riabilitativa e sociale, nonché all'erogazione di ausilii e materiale sanitario e quanto è previsto dal Protocollo Operativo dell'A.D.I. Anziani-Oncologica.

L'erogazione delle prestazioni di tipo sociale, di competenza del Servizio Sociale del Comune, è soggetta ai criteri di ammissibilità, nonché ai contributi economici previsti dal Regolamento del Comune di _____
In riferimento alla legge N° 675/96 autorizza il trattamento dei propri dati personali ai soli fini medico-scientifici.

Data ____/____/____

(firma del paziente)

Nome, cognome e vincolo di parentela del familiare o referente, delegato dalla famiglia

(firma del familiare e/o del referente)

Il/la sig./sig.ra _____ ha presentato la domanda per poter usufruire del Servizio
A.D.I. Anziani, Prot. U.O.A.A. n. _____ del ____/____/____

L'operatore addetto
