CASARANO COLLEPASSO MATINO PARABITA RUFFANO SUPERSANO TAURISANO

AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI CASARANO

Tel.: 0833 514316 - Fax: 0833 514317
Sito: www.ambitodicasarano.it *email:*segreteriaudp@ambitodicasarano.it

ASL LECCE
SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

DISTRETTO SOCIO SANITARIO n° 59
CASARANO
via Spagna, 53 – 73042 Casarano
tel. 0833 5081 – Fax 0833 -512908
e-mail dis9casarano@ausl.le.it

Comune di Taurisano Prot. n. 0006324 del 28-03-2019 arrivo Cat. 7 Cl. 11

Comune di Casarano Prot. n. 0010516 del 28-03-2019 partenza Cat. 7 Cl. 8

MODULO A: DOMANDA DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIOSANITARI INTEGRATI

DA CONSEGNARE ALLA P.U.A

Al Direttore del DSS n.59
di Casarano

Il/La Richiedente:

_____nato/a_____Prov.(_____)

il _____residente.a_____ Prov.(_____) CAP_____

Via._____.n.____ CodiceFiscale:_____

Tel/ cell _____

□ per se stesso;

□ in qualità di rappresentante legale (genitore, tutore, curatore, amministratore di sostegno) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art.4 DPR 445/2000).

Del/llaSig/sig.ra._____grado.parentela _____

nato./a_____prov.(_____),il_____. residente. _____

Via/piazza

_____n°._____CAP_____

CodiceFiscale _____Tel/ cell. _____

TIPO DI PRESTAZIONE RICHIESTA

| | Domiciliare

| | Residenziale

| | Semiresidenziale

| | Altro (specificare)_____

MMG/PLS dell' Utente:

_____ Tel _____

Studi medico , Via _____ Città _____

Altro Medico Proponente: (specificare nome cognome e struttura di appartenenza)

_____

Tel/Cell_____Fax _____

In Caso di urgenza contattare:

Sig/ra_____

Recapiti Telefonici_____

_____lì _____ firma_____

Consenso informato

Ilsottoscritto/a_____Nato/a a _____

il _____ Residedente in _____

Via_____n°_____

in qualità di

(specificare):_____

autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.LGS 196/2003 e s.m.i.

| | SI

| | NO

_____lì _____

(firma del richiedente)

_____

Comune di Taurisano Prot. n. 0006324 del 28-03-2019 arrivo Cat. 7 Cl. 11

Comune di Casarano Prot. n. 0010516 del 28-03-2019 partenza Cat. 7 Cl. 8