



**Modulo per la scelta tra gli Enti Accreditati
in provincia di Siracusa per l'erogazione di
CURE DOMICILIARI**

Il Paziente _____

Nato a _____ **Prov.** _____ **Il** _____

Residente a _____ **Via/Pzza** _____

(oppure) Il Sottoscritto _____ **nella qualità di *** _____

del Sig./ra _____ **residente a** _____

in Via/Pzza _____

tel/cell _____

Dichiaro di essere stato autorizzato a presentare agli uffici ASP la documentazione per ricevere assistenza nelle Cure Domiciliari (ADI), a scegliere la Ditta per Cure Domiciliari e tutti gli adempimenti necessari alla realizzazione di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) proposto dalla UVM/UVP, a I domicilio condiviso con il medico curante.

Dichiaro di autorizzare la Ditta per Cure Domiciliari, accreditate e contrattualizzate con l'ASP di Siracusa:

- **SISIFO CONSORZIO DI COOPERATIVE SOCIALI;**
- **MEDICASA ITALIA SPA;**
- **MEDICARE SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE;**

Scegliendo liberamente per le Cure Domiciliare la Ditta.....

Si dichiara che il sig./raNON usufruisce di assistenza sanitaria dello stesso tipo, erogata dal Sistema Sanitario Regionale o da Enti con esso Convenzionati (ODA, CRS, AIAS ecc..).

Si dichiara infine che il sig./ra BENEFICIA O NON BENEFICIA di altri diritti relativamente alla sua condizione di salute (ed. legge sulla disabilità gravissima, assegni sociali, ecc..)

La persona che accudisce/caregiver l'assistito è il

**sig./ra.....nato/a a..... il
..... residente in viaa**

**Grado di parentela..... telefono.....
email**

Il MMG o Pediatra è il/la dott./ssa

**Tel.....Studio.....cell.....
.....mail.....**

Il sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del DECRETO LEGISLATIVO N. 196 DEL 30.06.2003.

Informativa: I dati raccolti nel corso del procedimento avviato a seguito della presente richiesta di assistenza verranno trattati dall'ASP di Siracusa nell'osservanza delle disposizioni del D.Lgs n. 196/03 che prevede la "tutela delle persone di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" e per finalità strettamente connesse alle attività di competenza. Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali ed informatici in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

Li.....

Firma del richiedente

Documento di riconoscimento del richiedente

n. _____

rilasciato dal _____