

UOC CURE PRIMARIE Direttore Dott. Giuseppe Cimarello  
Referente ADI: Dott. Mario Maninchedda  
Tel. 0761 3391

## SCelta ENTE ACCREDITATO PER CURE DOMICILIARI

Il /la Sottoscritto/a..... Nato/a.....

il..... Residente a..... Prov (...)

Via ..... n..... C.F.....

Domiciliato a (se diverso da residenza /specificare se casa di riposo) .....

Via ..... Telefono..... e- Mail.....

### EFFETTUA LA SCELTA

PER SE'

PER IL PAZIENTE SOTTO INDICATO (in qualità di tutore, curatore, amm.re di sostegno, persona delegata nel caso di impedimento **COMPILARE LA SEZIONE SOTTOSTANTE CON I DATI DEL PAZIENTE**):

Sig./Sig.ra..... Nato/a..... il..... Residente

a..... Prov.(...) Via..... n..... C.F.....

Eventuale domicilio se diverso da residenza (specificare se casa di riposo)

..... Via..... Tel..... e- Mail.....

### DEL SEGUENTE ENTE ACCREDITATO

indicando la denominazione nel riquadro secondo la priorità di scelta (DCA Regione Lazio N.525 del 30/12/2019)

1° scelta	2° scelta	3° scelta
ADI MONDOSAGE		

In base al DCA n. 525 del 30/12/2019, il paziente viene informato che:

- l'elenco degli Enti accreditati per i servizi di cure domiciliari è visionabile sul sito [www.asl.vt.it](http://www.asl.vt.it) ( "assistenza domiciliare"- "strutture accreditate per ADI"), oppure presso i PUA di riferimento;
- in qualsiasi momento la S.V. potrà modificare la scelta dell'Ente accreditato, altrimenti verrà confermata la prima scelta;
- nell'esprimere la preferenza dell'Ente accreditato al quale affidarsi è consapevole che alcune prestazioni possono essere gestite da professionisti ASL.

Data ..... Firma del richiedente.....

Si allega copia del documento di riconoscimento del richiedente.

### DELEGA

Il/La Sig./Sig.ra....., come sopra generalizzato/a, delega il/la Sig./Sig.ra  
..... Nato/a..... il..... Residente a  
..... Prov (...) Via..... n....., ad effettuare per suo conto  
la scelta dell'Ente accreditato per i servizi di cure domiciliari.

Data ..... Firma del paziente/delegante .....

Si allega copia di:

1) Documento di riconoscimento del paziente/delegante

2) Documento di riconoscimento del delegato