

AI DISTRETTO S.S. n. 4
P.zza Principe Umberto, n. 1
76121 BARLETTA

CURE DOMICILIARI INTEGRATE

Cognome e Nome.....

Nato/a a.....il.....

Domicilio assistenza.....Tel.....

Stato civile _____ Componenti nucleo familiare (escluso assistito) _____

Presenza di persona non familiare convivente h 24 SI () NO ()

Affetto da:

Il Medico di famiglia Dott.

Telefono ambulatorio..... Telefono domicilio.....

CHIEDE L'ATTIVAZIONE DI:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> assistenza infermieristica | <input type="checkbox"/> assistenza fisioterapica |
| <input type="checkbox"/> prestazioni socio-assistenziali | <input type="checkbox"/> accesso mmg/pls |

MEDICO PROPONENTE
Timbro e Firma

Si allega la seguente documentazione:

- Documentazione sanitaria;
- Autocertificazione stato di famiglia (vedi modulo allegato);
- Mod. ISEE completo di Dichiarazione Sostitutiva Unica riguardante l'intero nucleo familiare anagrafico;
- Altri redditi non rientranti nella Dichiarazione ISEE (Assegno Sociale, Pensione d'Invalidità Civile, pensione INAIL, Indennità d'Accompagnamento, eventuali prestazioni economiche erogate dall'INPS, ecc).;

Data

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n° 196/2003 e s.m.i., in relazione alle informazioni personali che Lei potrà comunicarci, la informiamo che i suoi dati non saranno comunicati o diffusi a soggetti terzi e che il trattamento dei dati richiesti è funzionale all'istruttoria per il conferimento del servizio di assistenza domiciliare integrata. Il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale omissione dello stesso comporta l'impossibilità a proseguire la procedura amministrativa.

Barletta, _____

FIRMA