

ALLEGATO 1

PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA) - AMBITO DI SOVERATO

Prot. Gen. ASP CZ n° _____ del _____

Domanda di accesso ai servizi socio sanitari territoriali

RICHIEDENTE

Cognome _____ Nome _____ nato a _____
il _____ Residente a _____ Via _____ n° _____
telefono _____ in qualità di _____

ASSISTITO

Cognome _____ Nome _____ nato a _____
il _____ Residente a _____ Via _____ n° _____
Domiciliato (se diverso dalla residenza) _____ Via _____
telefono _____

Stato Civile _____ titolo di studio _____

Nucleo familiare (n° conviventi con il paziente escluso il paziente o la badante): _____

badante: presente () non presente ()

MOTIVO DELLA RICHIESTA : (1) perdita di autonomia; (2) stabilizzazione stato clinico; (3) insufficienza del supporto familiare; (4) solitudine; (5) alloggio non idoneo; (6) altra motivazione sociale;
(7) altro _____

CONTESTO DELLA RICHIESTA (principali problemi sociali e/o sanitari che inducono la richiesta):

Medico Curante Dr. _____

Data _____

Firma _____

Consenso informato al trattamento dei dati personali (artt. 13 e 23 del D. LGS. 196/2003) (SI) (NO)

Data _____

Firma _____