

Al Comune di _____

Al P.U.A. Distretto Sanitario di Ozieri

- INSERIMENTO NEI CENTRI DI RIABILITAZIONE GLOBALE ***: Centro scelto _____
- INSERIMENTO IN STRUTTURE SOCIORABILITATIVE: **** **Semiresidenziale** **Residenziale**
- INSERIMENTO IN RSA **** Centro scelto _____
- INSERIMENTO IN CDI **** Centro scelto _____
- INSERIMENTO IN ADI ***
- PROGETTO RITORNARE A CASA *****

* Inoltare richiesta al Distretto ** Inoltare richiesta al Distretto e al Comune *** Inoltare richiesta al Comune

1. Dati riferiti alla persona di cui si chiede l'inserimento

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita ___/___/___
residente a _____ via _____ n° ___ CAP _____ tel _____
Codice fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
Nominativo del medico di medicina generale _____

2. Dati del richiedente:

- Diretto interessato (si vedano i dati del punto 1)
- Parente (indicare i dati del parente) Rapporto di parentela _____
Cognome _____ Nome _____ Tel _____
Residente a _____ via _____ n° _____ CAP _____
- Medico curante Dr. _____
- U.O. Ospedaliera _____
- Assistente Sociale Comune _____
- Struttura Residenziale _____

Se la richiesta di inserimento è presentata da persona diversa dall'interessato o da un parente responsabile, il richiedente dovrà obbligatoriamente ottenere il consenso preventivo all'inserimento da parte di questi ultimi.

data ___/___/___

Firma del richiedente _____

Acconsento al trattamento dei dati personali per le finalità connesse alla richiesta, con le modalità di cui al D.lgs 196/2003 e alla comunicazione degli stessi agli enti socio sanitari interessati.

data ___/___/___

Firma _____

N.B. Allegare alla richiesta relazione sanitaria come da modello e ogni altra documentazione utile per lo scopo