***Scheda di proposta di accesso ai servizi territoriali***
*(parte generale da compilare dal richiedente/familiare o persona autorizzata)*

**Al PUA**

Comune di_____

Ambito distrettuale_____

**Il/La Richiedente**

Nome_____ Cognome _____ Sesso: M ❑ F ❑

Nato/a a _____ (Prov._____) il _____

Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Residente in_____

Cap._____ Via_____N|_|_|_|_|

**Domiciliato** (se diverso dalla residenza) in

Via _____N. |_|_|_|_| Tel./ cell. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Stato civile: ❑ coniugato ❑ separato ❑ divorziato ❑ vedovo ❑ celibe/nubile

Convivenza: ❑ solo ❑ con figli ❑ con coniuge ❑ con parenti ❑ con altri ❑ con coniuge e figli

Abitazione: ❑ di proprietà ❑ in affitto al piano n°____ (solo se l'abitazione è priva di ascensore)

***Parte da compilare in caso di istanza richiesta dal rappresentante legale (genitore,tutore, curatore, amministratore di sostegno,etc..) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 DPR 445/2000):***

Nome_____ Cognome _____

Residente in_____ Via _____N. |_|_|_|_|

Tel./ cell. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

❑ *rappresentante legale del richiedente (specificare)* _____ _____

❑ *persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela)* _____ _____

**Servizio Richiesto:**

- ❑ Servizio Socio Assistenziale Domiciliare
- ❑ Cure Domiciliari Integrate di primo livello
- ❑ Cure Domiciliari Integrate di secondo livello
- ❑ Cure Domiciliari Integrate di terzo livello
- ❑ Cure Domiciliari Palliative
- ❑ Cure Domiciliari Prestazionali Cicliche
- ❑ Assistenza Domiciliare Programmata
- ❑ Servizio Assistenziale Semiresidenziale
- ❑ Servizio Assistenziale Residenziale

Altri servizi territoriali
(specificare)_____-

**Natura del bisogno:**

- ❑ sociale
- ❑ medico di base
- ❑ medico specialistico
- ❑ infermieristico
- ❑ riabilitativo
- ❑ psicologico
- ❑ Altro _____

**Informazioni sul Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera scelta del richiedente**

Nome_____ Cognome _____

Studio medico in_____ Via _____N. |_|_|_|_|

Tel./ cell. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Luogo e Data _____ Firma _____

## Consenso informato

Si **autorizza** il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs 196/2003 SI ❑ NO ❑

Luogo e Data _____ Firma _____