

AZIENDA SANITARIA LOCALE BA

Provincia di Bari

Distretto Socio Sanitario Uno

Comuni di Molfetta e Giovinazzo

AUTORIZZAZIONE

RICOVERO FREQUENZA PROROGA in _____

Prot. n. _____ del _____

Al/alla sig./ra _____

Via _____ n. _____

Città _____ () CAP _____

- Vista la proposta di () ricovero () frequenza () proroga in _____ formulata da:

MMG dott.ssa/dott. _____

Dir. Medico del Servizio territoriale _____ dott.ssa/dott. _____

Dirigente U. O. _____ dell'Ospedale _____

Servizio Sociale del Comune di _____

- Atteso che, l'Unità di Valutazione Multidimensionale, riunitasi in data _____, come da Verbale allegato, parte integrante e sostanziale della presente Autorizzazione, ha ritenuto per il/la sig./ra _____ appropriata la proposta

di () ricovero () frequenza () proroga in: _____

ed ha pertanto redatto il Progetto Assistenziale Individualizzato.

- Vista la richiesta di () ricovero () frequenza () proroga presso la struttura () semiresidenziale () residenziale: _____ prodotta:

dal/dalla sig./ra _____ in persona

dal/dalla sig./ra _____ in qualità di () familiare di riferimento

() genitore () rappresentante legale () curatore () amministratore di sostegno, etc.

() persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 DPR 445/2000).

- Ritenuto che sussistono le condizioni di () accesso () proroga presso una struttura _____

DIREZIONE Distretto Socio Sanitario Uno - ASL Bari

Via Provinciale per Terlizzi, Presidio Ospedaliero - 70056 Molfetta [BA] - tel. 080 3357682

dss.molfetta@asl.bari.it

Autorizzazione al Ricovero / Frequenza / Proroga

Pagina 1/2

AUTORIZZA dal _____ al _____

Il () ricovero, la () frequenza, la () proroga in _____

del/della sig./ra _____

nato/a a _____ (Prov. _____) il _____ e residente in _____ (Prov. _____)

alla Via/Piazza _____ n. _____

per la durata di mesi _____ giorni _____ (*riservato al ricovero in RSA*)

per la durata di mesi _____ n. accessi settimanali _____ n. ore die _____
con servizio trasporto (*impegno di spesa giornaliera a carico della ASL BA in euro _____*)
assicurato da _____ (*riservato alla frequenza di Centro diurno*)

per la durata di _____ (*riservato a ricovero in RSSA anziani / disabili, Dopo di noi, Casa per la Vita*)

salvo successive valutazioni o controlli sull'andamento del Piano Individuale degli Interventi effettuati dalla Unità di Valutazione Multidimensionale territoriale.

Direttore DSS/1 ASL BA

dott. Ignazio Bellapianta

(firma)

Data _____

Il Comune di _____

Assume l'onere economico per il periodo autorizzato

NON assume l'onere economico del () ricovero della () frequenza della () proroga, per cui la S. V. dovrà corrispondere la quota sociale della prevista diaria giornaliera in € _____ art. _____ del Regolamento Regionale n. 4/2007 per il periodo autorizzato

Il Referente Comunale per l'UVM

(firma)

Data _____