

## AZIENDA SANITARIA LOCALE BA

Provincia di Bari

### Distretto Socio Sanitario Uno

Via Provinciale per Terlizzi, Presidio Ospedaliero  
70056 Molfetta (BA) - Tel. 080 3357682

Ambito Territoriale

Comune di Giovinazzo - Comune di Molfetta

## DOMANDA DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIOSANITARI INTEGRATI da consegnare alla PUA

Al Direttore  
Distretto Socio Sanitario Uno  
ASL Bari

Comune di \_\_\_\_\_

Il/La Richiedente		Nato/a		Prov.	il
Residente a	Prov.	Via		n.	CAP
C. F.		Tel.		Cell.	
Domiciliato (se diverso dalla residenza) a			Via		n.
Tel.			Cell.		
Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			Stato civile		

**In caso di rappresentante legale (genitore, curatore, amministratore di sostegno, etc.) che firma per impedimento temporaneo dell'avente diritto (art. 4 DPR 445/2000):**

Il/La sig./ra		Nato/a		Prov.	
Il	Residente a	Prov.	Via		n.
C. F.		Tel.		Cell.	

**In qualità di:**

Rappresentante legale del richiedente (specificare)

Persona che può firmare per impedimento temporaneo dell'avente diritto

#### TIPO DI ASSISTENZA RICHIESA

Domiciliare

Semiresidenziale

Residenziale

Altro (specificare)

MMG/PLS DELL'UTENTE	
Cognome e nome	
Studio Medico, Via	n.
Città	Tel.

ALTRO MEDICO PROPONENTE	
Cognome e nome	
Struttura di appartenenza	
Città	Tel./Fax

In caso di urgenza contattare \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

### Consenso informato

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

**autorizza** il trattamento dei propri dati ai sensi del Testo Unico sulla privacy D. Lgs n. 196/2003 e smi  Si  No

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_