

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 _____