



ASL LECCE
SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA



MODULO A: Scheda di accesso

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

**Al Direttore del Distretto Socio-Sanitario di
Galatina - A.S.L. LECCE**

**per il tramite del Segretariato Sociale PUA
del Comune di _____**

Il/La Richiedente _____

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

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente in _____ Cap. _____

Via _____ n. _____

Domiciliato (se diverso dalla residenza) in Via _____

N. _____ Tel./cell. _____ Sesso: M F Stato civile _____

In caso di 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):

Il Sig./La Sig.ra _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente in _____ Cap. _____ Via _____

n. _____ Tel./ cell _____

In qualità di:

rappresentante legale del richiedente (specificare) _____

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

TIPO DI PRESTAZIONE RICHIESTA:

Domiciliare Semiresidenziale Residenziale

Altro (specificare) _____

MMG/PLS dell'utente

_____ Tel. _____

Altro Medico Proponente: (specificare nome e cognome, struttura di appartenenza.)

In caso di urgenza contattare _____

Tel. _____

Soletto, _____

Firma _____

Consenso informato

Il Sottoscritto _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

In qualità di (specificare) _____

autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs 196/2003 e s. m. i. **SI** **NO**

Soletto, _____

Firma _____