

MODULO PER LA SCELTA DELL'ENTE EROGATORE ACCREDITATO

Informativa per l'utente e i familiari

L'assistenza è erogata al domicilio da personale di Enti Erogatori Accreditati con il servizio Sanitario regionale, liberamente e consapevolmente scelti dal paziente o da suo delegato, per ricevere l'assistenza domiciliare prevista dal PAI delle cure domiciliari integrate. L'assistenza è gratuita se non diversamente previsto dalla normativa vigente in materia. Durante l'assistenza, operatori qualificati potranno effettuare controlli sull'appropriatezza dell'intervento assistenziale. Tali controlli saranno preceduti da una comunicazione telefonica.

PAZIENTE:

Cognome _____ Nome _____ Nato a _____ il ____/____/____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____ il ____/____/____ residente in _____ all'indirizzo _____ tel. _____.

In qualità di ☐ caregiver ☐ assistito ☐ congiunto delegato ☐ genitore dell'assistito

Sceglie liberamente di ricevere l'erogazione delle prestazioni previste dal PAI, secondo l'ordine di preferenza indicato, da*

	1	2	3
Vivisol Napoli S.R.L.			
Cooperativa Sociale Nuova Sair			
Icaro Consorzio Cooperative Sociali			
Home Medicine S.R.L.			
AIAS Sez. Nola ETS			
Neapolisanit S.R.L.			
Medicasa Italia S.P.A.			
Cooperativa Sociale L'impronta			
Cooperativa Sociale e di Lavoro Operatori Sanitari Associati			
Società Coop. Sociale La Rosa di Gerico A.R.L.			
Villa Arianna Hospital S.R.L.			

Cooperativa Sociale L'isola che non c'è			
Consorzio Vivantis Home Care			
Aurora S.R.L.			
Consorzio Salute Partenophe S.C.A.R.L.			
Cem S.P.A. Casa di cura Santa Maria del pozzo			
O.P.I. Consorzio di cooperative sociali			
Sirio Cooperativa Sociale			
Horus Consorzio Coop. Sociali			
Fondazione Clotilde			
Consorzio Matrix Cooperativa Sociale			
Società Coop. Sociale Madame Service A.R.L.			
Consorzio Adicamp S.R.L.			
Consorzio Italia Cooperativa Sociale			
Life Cure S.R.L.			

Torre del Greco _____

Firma leggibile** _____

**indicare con una x in ordine di preferenza*

*** per gli assistiti minori si necessita di firma congiunta di tutti i soggetti esercenti la responsabilità genitoriale*

RICEVUTA ED ESPRESSIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI