

## **RICHIESTA DI PRESTAZIONE DOMICILIARE**

*Modulo da compilare a cura dell'assistito*

### **1. DATI DEL PAZIENTE**

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>Cognome</b>             |  |
| <b>Nome</b>                |  |
| <b>Data di nascita</b>     |  |
| <b>Luogo di nascita</b>    |  |
| <b>Codice fiscale</b>      |  |
| <b>Recapito telefonico</b> |  |
| <b>E-mail</b>              |  |

### **2. LUOGO DOVE DEVE ESSERE ESEGUITA LA PRESTAZIONE**

|                                                                 |  |
|-----------------------------------------------------------------|--|
| <b>Indirizzo (via/piazza)</b>                                   |  |
| <b>Numero civico</b>                                            |  |
| <b>Comune</b>                                                   |  |
| <b>CAP</b>                                                      |  |
| <b>Scala / Piano / Interno</b>                                  |  |
| <b>Nome sul citofono</b>                                        |  |
| <b>Eventuali indicazioni utili per raggiungere il domicilio</b> |  |

### **3. DOCUMENTI DA ALLEGARE**

- Copia di un documento di identità in corso di validità del paziente.
- Ricetta / impegnativa del medico con indicazione della prestazione domiciliare/quesito diagnostico

*La richiesta deve essere corredata da entrambi i documenti sopra indicati.*

### **4. INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

I dati personali e i dati relativi alla salute forniti con il presente modulo e con la documentazione allegata sono trattati dall'ASL Napoli 3 Sud, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e della normativa vigente, esclusivamente per la gestione della richiesta e l'erogazione della prestazione sanitaria domiciliare. L'informativa completa sul trattamento dei dati personali è disponibile sul sito istituzionale dell'ASL Napoli 3 Sud.

☐ **Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali.**

Data: \_\_\_\_\_

Firma del paziente: \_\_\_\_\_