

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI ENNA

Al PUA del Distretto Sanitario di _____

SCHEDA DI SEGNALAZIONE CURE DOMICILIARI

SOGGETTO CHE EFFETTUA LA SEGNALAZIONE (NOME E COGNOME):

- FAMILIARE _____
- ASSISTENTE SOCIALE (COMUNE, ASP ECC.) _____
- OPERATORE DEL VOLONTARIATO _____
- OPERATORE SERVIZIO PUBBLICO (URP ECC.) _____
- ALTRO (SPECIFICARE) _____

SI RICHIEDE ATTIVAZIONE DI ASSISTENZA DOMICILIARE PER:

COGNOME _____ NOME _____

CODICE FISCALE _____

DATA DI NASCITA _____ LUOGO DI NASCITA _____

RESIDENZA _____ VIA/PIAZZA _____ N° _____

DOMICILIO _____

TELEFONO FISSO _____ CELLULARE _____

FAMILIARE DI RIFERIMENTO _____ TEL. _____

MEDICO DI MEDICINA GENERALE _____

MOTIVO DELLA SEGNALAZIONE

- Assistenza medica _____
- Necessità di assistenza infermieristica _____
- Necessità di assistenza riabilitativa _____
- Condizione abitativo-sociale _____
- Altro _____

Data ____/____/____

Il Segnalatore

Riservata all'Ufficio

Richiesta pervenuta il ____/____/____

N° Registrazione _____

IL RESPONSABILE