AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo
Al Responsabile della U.O. Socio Sanitaria Distretto/PTA _____

Il sottoscritto (Cognome) _____(Nome)_____

Informato che i soggetti accreditati per l'erogazione di Cure domiciliari della ASP di Palermo sono:

1) **COOP. OSA**
2) **MEDICASA Italia S.p.a.**
3) **ADI SCARL Società Consortile a.r.l.**
4) **VIVISOL s.r.l.**
5) **ICARES: ATI ICARO ARESS FABIOLA**
6) **ADI Gruppo SANIMEDICA s.r.l.**
7) **AEVA s.r.l.**
8) **FINISTERRE s.r.l.**
9) **SISIFO Consorzio di Cooperative Sociali**
10) **MEDIGAS ITALIA s.r.l.**
11) **LIFE CURE s.r.l.**
12) **SPAZIO VITALE C.d.F. s.r.l.**
13) **RTI HOME MEDICINE s.r.l. - C.S.S. Onlus**

CHIEDE

[ ] Per se stesso

[ ] Per il familiare (indicare grado di parentela) _____

(Cognome) _____ (Nome) _____

nato a _____il _____, residente a _____ in Via/Piazza

_____n._____tel._____cell. _____

che il Soggetto erogatore delle Cure Domiciliari (ADI) sia:

[ ] _____

E' consapevole che in mancanza di disponibilità assistenziale con l'operatore prescelto l'assistenza sarà affidata ad altro operatore disponibile.

Recapito telefonico del familiare di riferimento _____
In atto il paziente è:

[ ] Ricoverato presso _____

[ ] Al proprio domicilio

Data_____

IL RICHIEDENTE

_____