

## ISTANZA DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA CON ASSISTENZA SANITARIA A.D.I. PAC

Al Servizio Sociale  
del Comune \_\_\_\_\_

Alla U.O.S. Socio Sanitaria  
Distretto \_\_\_\_\_

**Oggetto : richiesta attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata  
con l'assistenza sanitaria (ADI- PAC )**

Il sottoscritto Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, Domiciliato in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

***l'attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata con l'assistenza sanitaria e a tal fine delega  
alla presentazione della presente istanza***

il/la Sig./ra Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Domiciliato in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Si allega:

- Fotocopia di un documento di riconoscimento valido del richiedente e del delegato
- Istanza del medico di medicina generale ( Richiesta di valutazione multidimensionale a domicilio )
- Altro \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

***Il sottoscritto/a autorizza, ai sensi dell'art. 23 del Dl.196/2003 il Distretto Socio Sanitario n. 42 e per esso  
gli uffici competenti, al trattamento dei propri dati personali per l'istruzione della pratica relativa al  
Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata con l'assistenza sanitaria (ADI- PAC.)***

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_