



Siacca



Menfi



Sambuca di Sicilia



Santa Margherita di Belice



Caltabellotta



Montevago



A.S.P. Agrigento

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO D7

Al Sig. Sindaco del Comune di

Al Responsabile P. U. A.

Distretto Sanitario di Base

Via Pompei - Siacca

Prot. n. del

**MODULO RICHIESTA
SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA**

Comune di Montevago Prot. n. 0008036 del 26-07-2018 arrivo

_ 1 _ sottoscritt _ nat _ il _

Codice Fiscale: _

residente a _ in via _

Tel. _ Cell. _

nel ruolo di _

CHIEDE

per il/la sig./sig.ra _ nat _ il _

Codice Fiscale: _

residente a _ in via _

Tel. _ Cell. _

di usufruire, ai sensi della Legge 328/00 e nel rispetto del Regolamento d'accesso al servizio, nell'Ambito territoriale n° 7 del servizio di :

☐ *Assistenza Domiciliare Sanitaria*☐ *Assistenza Domiciliare Sociale** indicare con una X la richiesta domiciliare

Assistenza Domiciliare Sanitaria

- ☐ Assistenza Medico-generica
- ☐ Assistenza Infermieristica Domiciliare
- ☐ Assistenza Riabilitativa Domiciliare (ARD)
- ☐ Assistenza psicologica
- ☐ OSS per pazienti ad alta intensità assistenziale

** indicare con una X la richiesta domiciliare*

Assistenza Domiciliare Sociale

☐ **Aiuto e coinvolgimento per il governo della casa**

☐ **Aiuti atti a favorire e/o mantenere l'autosufficienza
nell'attività giornaliera**

** indicare con una X la richiesta domiciliare*

Alla domanda deve essere allegata la seguente documentazione:

- 1. Certificato rilasciato da un medico di medicina generale;*
- 2. Certificato attestante la situazione reddituale (ISE);*

N.B. La richiesta sarà esaminata dall'Unità di Valutazione Integrata .

Il Richiedente

Firma dell'operatore che accoglie la richiesta: _____