



Comune di Ginosa



Comune di Laterza



Regione Puglia



Comune di Castellaneta



Comune di Palagianello

AMBITO TERRITORIALE N°1
Ginosa – Laterza – Castellaneta – Palagianello
ASL TA

DOMANDA DI ACCESSO
AI SERVIZI SOCIALI E SOCIO-SANITARI INTEGRATI DI AMBITO

SPETT.LE AMBITO SOCIALE TA/1
SPORTELLO P.U.A.
PIAZZA MARCONI, 1
74013 GINOSA (TA)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (____) il _____

Residente a _____ (____) in Via _____ n. _____

Tel. _____

INOLTRA

La presente domanda al fine di ottenere il Servizio dell’Ambito per:

se stesso

congiunto/ parente o (altro) _____

Signor/a _____

Nato/a a _____ (____) il _____

Residente a _____ (____) in Via _____ n. _____

Tel. _____

TIPO DI PRESENTAZIONE RICHIESTA:

• **DOMICILIARE**

- S.A.D. < /span> O.S.S.
DOMESTICO
- A.D.E.

• **RESIDENZIALE**

- CASA PER LA VITA ART. 70
 DOPO DI NOI ART. 57

• **SEMIRESIDENZIALE**

- CENTRO DIURNO ART. 60
 CENTRO DIURNO ART. 60 TER

• **ALTRO**

- INTEGRAZIONE SCOLASTICA

MMG/PLS dell'utente _____ Tel _____

e-mail _____

Studio Medico Via _____ Città _____

Altro Medico Proponente : *(specificare nome e cognome, struttura di appartenenza)*

_____ Tel _____

In caso di urgenza contattare _____ **Tel. e cell.** _____

Luogo e Data _____

Firma _____

Consenso informato

Il sottoscritto _____ nato a _____

Il _____ residente a _____

Via _____ in qualità di (specificare) _____

Autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D. Lgs 196/2003 e s.m.i.: SI ___ NO ___

Luogo e Data _____

Firma _____

N:B: ALLEGARE AL MODULO DI DOMANDA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA'

Altri allegati :

(in caso di altri allegati specificare)
