S.O. Servizi Sanitari Integrati S.r.l.

SCHEDA INFORMATIVA PER ACCESSO ALLA LISTA DI SEGNALAZIONE

[ ] AMBULATORIO [ ] RESIDENZIALE CONTINUATIVO [ ] RESIDENZIALE DIURNO
[ ] DOMICILIARE [ ] EXTRAMURALE [ ] CENTRO PER GRAVI

COGNOME E NOME _____

NATO A: _____ IL: _____

RESIDENTE IN: _____ VIA: _____

DOMICILIATO IN: _____ VIA: _____

RECAPITI TEL. _____ ASP _____

PATOLOGIA IN ATTO _____

SCOLARIZZAZIONE (se minore) _____

PRECEDENTI TRATTAMENTI RIABILITATIVI PRESSO _____

DAL _____ AL _____

NOTE: _____

_____

PROVENIENZA SEGNALAZIONE _____

TRATTAMENTO RICHIESTO _____

Si allega copia del documento di identità del richiedente, del documento di identità dell'utente e del modello di consenso al trattamento dei dati sottoscritto.

Per lo scorrimento della lista di prenotazione, si tenga presente che:

- viene data priorità agli utenti che, in base a patologia e fascia d'età, a giudizio dell'equipe, hanno una maggiore possibilità di recupero;
- hanno canale preferenziale gli utenti di età inferiore a 12 mesi e gli utenti che hanno avuto un evento acuto nei 12 mesi precedenti all'inserimento in lista;
- per il settore ambulatoriale e domiciliare, la mancata accettazione degli orari disponibili proposti dall'equipe al momento del contatto, determina l'immediata fuoriuscita dalla lista di prenotazione.

Si prega di confermare (*), con cadenza semestrale, la posizione in lista, pena l'esclusione dalla lista stessa.

S.O. Servizi Sanitari Integrati S.r.l.

CONSENSO TELEFONICO PRIVACY

"Gentile signore/a, per poterla inserire nella lista di prenotazione, ho bisogno di sapere alcune informazioni che la riguardano. Per la legge sulla privacy non posso procedere alla registrazione se prima non mi dà il consenso al trattamento dei suoi dati personali.".

DATA: _____

L'OPERATORE _____

L'utente/caregiver familiare _____