



ASL ROMA 1
CENTRO ASSISTENZA
DOMICILIARE



**REGIONE
LAZIO**

CONSENSO INFORMATO PER LA SCELTA DELLA DITTA EROGATRICE DEI SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Il Sottoscritto Paziente:

Cognome Nome

Luogo e Data di nascita.....

Residenza N.

E IN CASO DI IMPOSSIBILITA' A FIRMARE DA PARTE DEL PAZIENTE

Il Sottoscritto:

Cognome Nome

Luogo e Data di nascita.....

Residenza N.

Genitore **Tutore** **Amministratore di sostegno** **Parente**

del Paziente sopra indicato

DICHIARA (ai sensi del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000 e succ. mod.)

1. Di essere a conoscenza del Piano Individuale di Assistenza (PAI) elaborato dal CAD.
2. Di essere informato che il Servizio di Assistenza Domiciliare non eroga prestazioni con carattere di urgenza.
3. Di essere stato informato che l'erogazione delle prestazioni sanitarie domiciliari viene svolto da erogatori accreditati presso la Regione Lazio come previsto dai DCA n° 283/2017 - 95/2018 - 525/2019.
4. Di essere in possesso delle informazioni necessarie ad effettuare la scelta dell'erogatore anche alla luce dell'informativa visionabile sul sito web aziendale della ASL Roma 1 (www.aslroma1.it).
5. Di essere a conoscenza che la scelta dell'erogatore accreditato, che eseguirà le prestazioni sanitarie prescritte, deve essere fatta dal paziente scegliendo fra quelli operanti nel territorio della ASL ROMA 1, di seguito elencati in ordine alfabetico, in piena coscienza, libertà e senza condizionamenti, e che può essere variata in qualsiasi momento a richiesta dell'interessato.
6. Di eseguire la scelta di tre erogatori ordinandoli in calce in ordine di preferenza dal n 1 al n 3.
7. Di essere a conoscenza che la scelta ha durata pari al Piano Individuale di Assistenza (PAI) e che è rinnovata in caso di proroga del PAI e in mancanza di richiesta di variazione da parte dell'interessato.

EROGATORI OPERANTI NELLA ASL ROMA 1

Aeva S.r.l.	Arca Società Cooperativa Sociale	Casa di Cura Villa Grazia S.r.l.
CIR Cooperativa sociale	Cooperativa Sociale e di Lavoro Operatori Sanitari Associati - O.S.A.	Gruppo Sanimedica S.r.l.
I Care - Comunità di Sant'Egidio	Medical Division Service S.r.l.	Medicasa Italia S.p.A.

Indicare possibilmente la preferenza di 3 erogatori numerandoli da 1 a 3

Data _____ Firma _____

Timbro e Firma dell'operatore CAD _____