SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 1

(agg. 16/11/2026)

Consenso informato per l'attivazione del Servizio di Assistenza Domiciliare

ASSISTITO

Cognome: _____ Nome _____

Data di nascita: ____ / ____ / _____ Codice Fiscale: _____

Indirizzo di domicilio: _____

In caso di impossibilità alla firma da parte dell'assistito:

CAREGIVER ☐ TUTORE ☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO ☐ GENITORE ☐

Nome e Cognome: _____ tel. _____

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto informazioni chiare, complete e comprensibili in merito alle prestazioni infermieristiche e/o riabilitative che verranno erogate presso il domicilio, comprese finalità, modalità di svolgimento, frequenza degli accessi, benefici attesi e possibili rischi. È stato informato della possibilità di porre domande, richiedere chiarimenti, rifiutare o revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare l'assistenza già erogata.

È stato informato del contenuto del Piano Individuale di Assistenza (PAI), elaborato dalla UVM, le cui prestazioni domiciliari saranno svolte su programmazione e senza carattere di urgenza da parte di erogatori accreditati dalla Regione Lazio, secondo quanto previsto dal DCA n. 283/2017 e ss.mm.ii. e di essere in possesso delle informazioni necessarie visionabili anche dal sito aziendale www.aslroma1.it/assistenza-domiciliare per effettuare in piena coscienza, libertà e senza condizionamenti, la scelta dei tre erogatori operanti nel territorio della ASL ROMA 1 a cui affidare il trattamento domiciliare, apponendo un numero da 1 a 3 nella colonna priorità di scelta nella tabella allegata. L'eventuale revoca della scelta dell'erogatore, adeguatamente motivata, deve essere inviata al servizio Asl via mail.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (GDPR UE 679/2016)

La informiamo che, con la sottoscrizione della presente, acconsente al trattamento dei dati personali e sanitari per finalità di tutela della salute, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 e del Codice Privacy così come novellato dal D. Lgs. n. 101/2018. Per ulteriori informazioni può consultare la sezione dedicata sul sito aziendale www.aslroma1.it/adempimenti-regolamento-ue-2016-679

Luogo e data _____

Firma dell'assistito / soggetto firmatario _____

Timbro e firma del professionista sanitario: _____

REGIONE LAZIO

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 1

(agg. 16/11/2026)

Erogatori operanti nella ASL ROMA 1

Nella colonna 'Priorità Scelta', inserisca un numero da 1 a 3 accanto al nominativo dell'Erogatore per indicare il suo ordine di preferenza:
1 per la prima scelta, 2 per la seconda, 3 per la terza.

L'elenco degli erogatori è in mero ordine alfabetico e non costituisce in alcun modo una classifica di merito

Priorità Scelta	Elenco Erogatori	LIVELLO ASSISTENZIALE ACCREDITATO	ATTO DI ACCREDITAMENTO
	A D I - SALUS S.r.l.	I-II-III	DGR N. 509/2024
	A.A.F. ASSISTENZA 360 S.r.l.s.	I-II	DEL. N. 399/2025
	A.D.I. GRUPPO SANIMEDICA S.r.l.	I-II-III	Presa d'atto n. 861815/2021
	ADI PERSONAM S.r.l.	I-II-III	DGR N. 533/2024
	AEVA S.r.l. – A.D.I. AEVA S.r.l. XENIOR	I-II-III	DCA N. 341/2018
	ARCA CARE by SAPIO LIFE S.r.l.	I-II-III	DET. N. 41/2022
	COOPERATIVA SOCIALE E DI LAVORO O.S.A. Onlus	I-II-III	DCA N. U00342/2018
	FONDAZIONE LUIGI MARIA MONTI IDI IRCCS	I-II-III	DGR N. 652/2023
	I CARE COMUNITA' DI SANT'EGIDIO Associazione di Promozione Sociale	I-II-III	DCA N. U00137/2019
	MEDICASA ITALIA S.p.A.	I-II-III	DCA N. 31/2019
	NEXT CARE S.r.l.	I-II-III	DGR N. 431/2024
	UNISAN GRUPPO Società Cooperativa Sociale	I-II-III	DET N. G02206/2025
	VILLA DEI FIORI S.r.l. Presidio S. RAFFAELE MONTE MARIO	I-II-III	DGR N. 190/2023
	VILLA DEI FIORI S.r.l. Presidio VILLA GRAZIA	I-II	DGR N. 768/2021

Luogo e data _____

Firma dell'assistito / soggetto firmatario _____

Timbro e firma del professionista sanitario: _____

REGIONE LAZIO