

Consenso informato per la scelta dell'Erogatore affidatario del Servizio di Assistenza Domiciliare

Il/la sottoscritto/a Sig./ra _____ nato/a _____
il _____ residente in _____

o in caso di impedimento

Il/la sottoscritto/a Sig./ra _____ nato/a _____
il _____ residente in _____

In qualità di care giver/tutore/amministratore di sostegno/genitore di _____

DICHIARA ai sensi del DPR 445/2000 e s.m.i.

di essere a conoscenza del Piano Individuale di Assistenza (PAI) elaborato dal CAD/UVM, le cui prestazioni sanitarie domiciliari verranno svolte senza carattere di urgenza da erogatori accreditati presso la Regione Lazio, come previsto dal DCA N. 283/2017 e s.m.i. e di essere in possesso delle informazioni necessarie, anche alla luce dell'informativa visionabile sul sito aziendale www.aslroma1.it 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 in ordine di preferenza, un numero da uno a tre nella colonna priorità di scelta presente nella tabella sottostante.

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

Priorità Scelta	Erogatori operanti nella ASL ROMA 1	LIVELLO ASSISTENZIALE ACCREDITATO	ATTO DI ACCREDITAMENTO
	A.D.I. GRUPPO SANIMEDICA S.r.l.	I-II-III	Presa d'atto n. 861815/2021
	AEVA S.r.l. – A.D.I. AEVA S.r.l. XENIOR	I-II-III	DCA N. 341/2018
	ARCA SANITA' BY NEW CARE 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
	GIOMI HOME S.r.l.	I-II-III	DGR N. 533/2024
	I CARE – COMUNITA' S. EGIDIO SOSTEGNO ALLA FRAGILITA' Onlus	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
	SALUS S.r.l.	I-II-III	DGR N. 509/2024
	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

Roma _____

Firma del paziente/care giver

Timbro e firma CAD/Componenti UVM