

CONSENSO INFORMATO PER LA SCELTA DELLA SOCIETÀ EROGATRICE ADI (DCA 525/2019 smi)

Al CAD Distretto Sanitario di _____

p. c. Al Distretto Sanitario di _____

Paziente

Cognome				Nome			
Luogo di nascita				Data di nascita			
Domicilio	Indirizzo				Comune		
Telefoni				Mail			

Il sottoscritto Delegato (in caso di impossibilità a firmare da parte del paziente)

Cognome				Nome			
Luogo di nascita				Data di nascita			
Telefoni				Mail			
In qualità di	☐ Genitore	☐ Coniuge	☐ Soggetto civilmente obbligato	☐ Familiare	☐ Altro (specif)		

DICHIARA ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 smi ¹

- Di essere a conoscenza del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) elaborato dal Centro Assistenza Domiciliare (CAD)
- Di essere informato che il Centro di Assistenza Domiciliare eroga esclusivamente prestazioni programmabili, non in urgenza
- Di essere stato informato che l'erogazione delle prestazioni sanitarie domiciliari può essere svolta eventualmente da erogatori esterni accreditati presso la Regione Lazio come previsto dai DCA 283/2017 smi – 95/2018 smi – 525/2019 smi
- Di essere a conoscenza che la scelta dell'erogatore accreditato deve essere fatta in piena coscienza, libertà e senza condizionamenti scegliendo fra quelli operanti nel territorio della ASL Roma 5, di seguito elencati in ordine alfabetico e che può essere variata in qualsiasi momento previo un congruo preavviso che possa consentire un'eventuale riorganizzazione del Servizio e garantire la continuità assistenziale dello stesso
- Di essere in possesso delle informazioni necessarie ad effettuare consapevolmente la scelta dell'erogatore
- Di essere a conoscenza che la scelta ha durata pari al PAI e che è rinnovata in caso di proroga del PAI confermandone la scelta in mancanza di variazione da parte dell'interessato

EROGATORI OPERANTI NELLA ASL ROMA 5 (AGGIORNAMENTO 09.01.2023)

A.D.I. Gruppo Sanimedica s.r.l.	
AEVA s.r.l. / XENIOR s.r.l.	
ARCA Società Cooperativa Sociale	
Cooperativa Sociale e di Lavoro Operatori Sanitari Associati – O.S.A.	
MEDICASA Italia s.p.a.	

INDICARE ALMENO 3 PREFERENZE PER GLI EROGATORI A.D.I. (INSERIRE NELLE CELLE I NUMERI DA 1 A 3/5)

Data _____ Firma del dichiarante _____

¹ Tale dichiarazione si intende comprensiva del consenso informato ai sensi del GDPR 679/2016 e smi