

MODULO DI DELEGA PER RICHIESTA DI ASSISTENZA MEDICO/SANITARIA DOMICILIARE

Io sottoscritto/a	
Nome:	
Cognome:	
Nato/a il:	
A:	
Codice Fiscale:	
Residente in:	
Telefono:	

DELEGO

Nome:	
Cognome:	
Nato/a il:	
A:	
Codice Fiscale:	
Residente in:	
Telefono:	
Relazione con il delegante:	

A rappresentarmi nei confronti dell'ASL, degli enti erogatori di assistenza sanitaria domiciliare e del personale medico e sanitario, per la presentazione di richieste e per il ritiro della documentazione relativa all'assistenza medica/sanitaria a me spettante presso il mio domicilio, comprese tutte le attività correlate all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) o altre forme di assistenza domiciliare.

Autorizzo inoltre il delegato a fornire e ricevere tutte le informazioni mediche riguardanti il mio stato di salute, necessarie per la corretta erogazione delle prestazioni sanitarie previste.

Data: _____

Firma del delegante*: _____

Firma del delegato: _____

Allega una copia del documento d'identità del delegante e del delegato.

*Se il paziente non è in grado di esprimere un valido consenso né di firmare per accettazione delle prestazioni sanitarie, a causa della compromissione delle facoltà cognitive o fisiche, per tale motivo, eventuali documenti e consensi relativi alle prestazioni sanitarie saranno sottoscritti dal tutore/amministratore di sostegno, o, in assenza, dal familiare di riferimento.