

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

Al **CAD** 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 (barrare la casella)	Coniuge	Figlio/a	Genitore	Soggetto civilmente obbligato	Altro (specificare)

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

- 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 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, una volta in possesso delle informazioni necessarie ad effettuare consapevolmente la scelta, deve essere fatta in piena coscienza, libertà e senza condizionamenti, scegliendo fra gli erogatori operanti nel territorio della ASL Roma 5, di seguito elencati in ordine alfabetico, e che tale scelta 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 a conoscenza che la scelta ha durata pari alla presa in carico e che è rinnovata in caso di proroga confermandone la scelta in mancanza di variazione da parte dell'interessato

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

EROGATORI OPERANTI NELLA ASL ROMA 5 (AGGIORNAMENTO 12.01.2026)

A.D.I. - Gruppo Sanimedica s.r.l.	
AEVA s.r.l.	
ARCA SANITA' by NEW CARE s.r.l.	
C.S.S. - Cooperativa Servizi Sanitari Onlus società cooperativa sociale	
Cooperativa Sociale e di Lavoro Operatori Sanitari Associati (O.S.A.)	
INFODIS s.r.l.	
ITALIAN HOSPITAL GROUP s.p.a.	
MEDICASA Italia s.p.a.	
SALUS s.r.l.	

Data _____ Firma del dichiarante  _____

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