

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

Al **CAD** Distretto Sanitario di \_\_\_\_\_

### Paziente

<b>Cognome</b>			<b>Nome</b>		
<b>Luogo di nascita</b>			<b>Data di nascita</b>		
<b>Domicilio</b>	Indirizzo			Comune	
<b>Telefoni</b>			<b>Mail</b>		

### Caregiver

<b>Cognome</b>			<b>Nome</b>			
<b>Luogo di nascita</b>			<b>Data di nascita</b>			
<b>Telefoni</b>			<b>Mail</b>			
<b>In qualità di</b> <i>(barrare la casella)</i>	Coniuge	Figlio/a	Genitore	Soggetto civilmente obbligato	Familiare	Altro <i>(specificare)</i>


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

- 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 automaticamente 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 01.04.2026)**

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

Data \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante  \_\_\_\_\_

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