

AI PUA DEL DISTRETTO DI ORTONA

Tel.085/9173307 e-mail PUA.ortona@asl2abruzzo.it

Scheda di richiesta di accesso a prestazioni **residenziali, semiresidenziali e di riabilitazione ex art. 26**

Il sottoscritto _____ nato il _____
a _____ residente a _____ via _____
n. _____, Tel. n. _____, **consegna**

per se medesimo

per conto di _____ nato a _____

il _____ residente a _____, Tel. _____

Allegato n°2 SCHEDA ANAMNETICA PER L'ACCESSO ALLE CURE RIABILITATIVE, RESIDENZIALI
E SEMIRESIDENZIALI (RSA / RP) (Decreto Commissario ad ACTA Regione Abruzzo n°107 del 20/12/2013)
del dottor _____

Fotocopia Invalidità Civile (se in possesso) Fotocopia Legge 104/1992 (se in possesso)
(Decreto Commissario ad ACTA Regione Abruzzo n°107 del 20/12/2013)

per ammissione in _____

Il sottoscritto, preso atto dell'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, acconsente, ai sensi dell'art. 23 del predetto decreto, al trattamento ed alla comunicazione dei dati riportati ad opera dei soggetti indicati nella suddetta informativa e nei limiti di cui alla stessa. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Data _____

Firma _____

Protocollo PUA: _____ del _____

L'autorizzazione UVM può essere ritirata a partire dal _____

Firma operatore PUA _____

Fascicolo utente consegnato all'UVM in data _____

Firma operatore per ricevuta _____

Fascicolo utente consegnato al Servizio PUA in data _____

Firma operatore per ricevuta _____

Si ritira in data _____ autorizzazione n. _____ del _____

per ammissione in _____

Firma assistito o delegato _____