



**PUA Punto Unico di Accesso**  
**DISTRETTO S.S. di Lamezia terme**

**Domanda di Accesso ai Servizi Socio-Sanitari**

**Richiedente :** *Cognome* \_\_\_\_\_ *Nome* \_\_\_\_\_  
 Residente \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ Documento \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 Casa \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ in qualità di : ( 1) Propria ( 2) familiare /affine (grado di parentela ) ( 3)  
 Sogg. Civil. obblig. ( 4) Assistente Sociale ( 5) MMG ( 6) Med. Osped.

**ASSISTITO :** **CF** \_\_\_\_\_ **Cognome** \_\_\_\_\_ **Nome** \_\_\_\_\_ **Sesso ( M ) ( F )** nat a \_\_\_\_\_ il  
 / / **Residente a** \_\_\_\_\_ **Domiciliato a** \_\_\_\_\_ **Via** \_\_\_\_\_  
**Tel** \_\_\_\_\_

**Stato civile :** ( 1) celibe /nubile ( 2) coniugato ( 3) separato ( 4) divorziato ( 5) vedovo/a ( 9) non dichiarato

**Titolo di Studio :** ( 1) nessuno ( 2) lic. elementare ( 3) lic. Media inf. ( 4) diploma media sup. ( 5) diploma univers. ( 6) laurea ( 9) non dichiarato

**Motivo della richiesta :** ( 1) perdita di autonomia ( 2) Stabilizzazione stato clinico ( 3) Insufficienza del supporto familiare ( 4) Solitudine ( 5) Alloggio non idoneo ( 6) Altra motivazione sociale ( 7) Altro ( specificare)

**Provenienza dell'Assistito :** ( 1) Abitazione ( 2) Struttura protetta socio-sanitaria ( 3) Struttura Sociale ( 4) Struttura Ospedaliera ( 5) Struttura di riabilitazione ( 6) Da altra struttura chiusa amministrativamente ( 9) Altro

**Medico curante** dott. \_\_\_\_\_ **Tel.** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Consenso informato

Si autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D. Lgs. 196/2003 ( si ) ( no ) \_\_\_\_\_ **Luogo e data**  
 \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_