SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL FROSINONE

REGIONE LAZIO

OGGETTO : Scelta Ditte Accreditate erogatrici del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata

Gentile famiglia,
come stabilito nei DCA n. 525/2019 e n. 36/2020 e s.m.i. , viene introdotto il criterio della libera scelta da parte dell'utente, che esprime la preferenza relativa al soggetto erogatore al quale affidarsi. L'assistito di nuovo inserimento dovrà indicare una lista di priorità, laddove presenti più erogatori per la stessa fascia di qualificazione, (indicando se possibile almeno 3 preferenze). La ASL provvederà ad inoltrare il Piano Assistenziale Individuale (PAI) al soggetto erogatore, il quale dovrà riscontrare la richiesta entro 24 ore, comunicando la data di inizio della presa in carico, che dovrà essere assicurata non oltre le 72 ore successive. In caso di mancata risposta da parte del soggetto erogatore entro 24 ore o qualora una o più prestazioni previste nel PAI siano oggetto di lista di attesa, sarà la ASL a proporre all'assistito il soggetto erogatore in grado di dare risposta immediata, tenuto conto dell'ordine di preferenza espresso dall'interessato.
Per tale motivazione con la presente, vi informiamo pertanto che è possibile scegliere il soggetto erogatore, tra quelli di seguito elencati, **specificando i dati anagrafici del paziente.**
Tale modulo di scelta delle ditte erogatrici, **corredato di un documento d'identità valido di chi lo sottoscrive**, dovrà essere trasmesso o tramite e-mail all'indirizzo di posta elettronica del CAD di appartenenza o consegnato a mano

Si prega di indicare tre scelte in ordine di preferenza

1	2	3	**A CASA TUA S.R.L. EX COOPERATIVA C.S.S.** www.acasatuasrl.it
1	2	3	**A.V. S.r.l.** www.centrodiagnosticoarce.it
1	2	3	**AEVA** www.gruppoaeva.it
1	2	3	**ARCA CARE BY SAPIO LIFE S.R.L.** www.arcacare.it
1	2	3	**CASA DI CURA PRIVATA SANT'ANNA SRL** www.santannacassino.it
1	2	3	**CENTRO S.T.S.** www.centrosts.com
1	2	3	**CENTRO SAN BENEDETTO SRL EX SOC. RESET SRL** www.centrosanbenedetto.it
1	2	3	**COOPERATIVA SOCIALE E DI LAVORO OPERATORI SANITARI ASSOCIATI** www.osa.coop
1	2	3	**COOPERATIVA SOCIALE ONLUS SANTA LUCIA LIFE** www.santalucialife.it
1	2	3	**CROCE BIANCA** www.crocebiancaservizisanitari.it
1	2	3	**FISIODEM COOPERATIVA SOCIALE** www.fisiodemsora.com
1	2	3	**IRCCS SAN RAFFAELE ROMA SRL** www.sanraffaele.it
1	2	3	**SAN GABRIELE** www.sangabrielesrl.it
1	2	3	**VIVISOL** www.vivisol.it

Nome e Cognome	
Data e luogo di nascita	
Comune e indirizzo di residenza	
Comune e indirizzo di domicilio (se diverso dalla residenza)	
Telefono	
Indirizzo e-mail	

☐ *Si dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali (scaricabile nella forma estesa anche dal sito della ASL Frosinone all'indirizzo) in forza di quanto previsto dagli artt. 13-14 del Reg. UE 679/2016 (GDPR) e dal D.Lgs. 196/2003 (c.d Codice Privacy) così come modificato dal D.Lgs 101/2018.* ***(barrare con una "X" per conferma)***

Firma del paziente o di chi ne fa le veci _____

Per ulteriori informazioni può rivolgersi direttamente alla UOS ADI secondo il distretto di appartenenza
CAD Distretto A Sede di Anagni : adi.anagni@aslfrosinone.it Tel. 07757325225
Sede di Alatri : adi.distrettoa@aslfrosinone.it Tel. 07754385122

Il Dirigente Responsabile UOC ADI
Dott.ssa Rita Di Stefano