

DISTRETTO MUNICIPIO _____

MODULO DI RICHIESTA DI ASSISTENZA DOMICILIARE ADI

IL SOTTOSCRITTO SIG. (NOME, COGNOME) _____

COD.FISCALE _____

**RICHIEDE DI ESSERE ASSISTITO DA UNA DELLE SOCIETÀ ACCREDITATE CON SEDE OPERATIVA NEL TERRITORIO DELLA ASL ROMA 3
ESPRIME IL SEGUENTE ORDINE DI PREFERENZA:**

(Indicare l'ordine di preferenza scrivendo vicino la casella i numeri 1, 2 ,3..)

- A.D.I. GRUPPO SANIMEDICA S.R.L.
- ADI AI DOMICILIA S.R.L.
- AEVA S.R.L.
- ARCA SANITÀ by NEW CARE S.R.L.
- COOPERATIVA SOCIALE E DI LAVORO OPERATORI SANITARI ASSOCIATI ONLUS - O.S.A.
- COOPERATIVA SOCIALE NO LIMITS (*)
- FONDAZIONE SANITÀ E RICERCA
- IRCCS SAN RAFFAELE ROMA S.R.L.
- LIFE CURE S.R.L.
- MEDICASA ITALIA S.P.A.
- NEXT CARE S.R.L.
- PARCO DELLE ROSE 92 S.R.L. (*)
- POLICLINICO PORTUENSE S.P.A. A SOCIO UNICO
- RYDER ITALIA ONLUS ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO (*)
- SALUS S.R.L.
- SAN RAFFAELE S.P.A.
- VIVISOL S.R.L.

Note: (*) NON EROGA IL TERZO LIVELLO. L'elenco è rilasciato dalla competente UOC.

Roma, li _____

FIRMA ASSISTITO

CAREGIVER(TUTORE/DELEGATO):
(NOME, COGNOME) _____

FIRMACAREGIVER