

DISTRETTO _____**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.
- ☐ ANCHISE SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE (*) (EX COOPERATIVA NO LIMITS)
- ☐ ARCA SANITÀ by NEW CARE S.R.L. (dal 01/11/2025 subentra nell'esercizio dell'attività erogata dalla Società Life Cure srl);
- ☐ COOPERATIVA SOCIALE E DI LAVORO OPERATORI SANITARI ASSOCIATI ONLUS- O.S.A.
- ☐ FONDAZIONE SANITÀ E RICERCA
- ☐ IRCCS SAN RAFFAELE ROMA S.R.L. c/o IRCCS San Raffaele Pisana
- ☐ MEDICASA ITALIA S.P.A.
- ☐ NEXT CARE S.R.L.
- ☐ PARCO DELLE ROSE 92 S.R.L. (*) c/o Casa di Cura Parco delle Rose
- ☐ POLICLINICO PORTUENSE S.P.A. A SOCIO UNICO c/o Policlinico Luigi di Liegro
- ☐ RYDER ITALIA ONLUS ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO (*)
- ☐ SALUS S.R.L.
- ☐ PORTUENSE SRL (EX SAN RAFFAELE SPA) c/o Casa di Cura San Raffaele Portuense
- ☐ VIVISOL S.R.L.

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

Roma, lì _____

FIRMA ASSISTITO

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

FIRMACAREGIVER