

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 - SALUS S.R.L.
- A.D.I. GRUPPO SANIMEDICA S.R.L.
- ADI AI DOMICILIA S.R.L
- AEVA S.R.L.
- ANCHISE SOCIETA' 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 (*)
- 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, li _____

FIRMA ASSISTITOCAREGIVER(TUTORE/DELEGATO):
(NOME, COGNOME) _____**FIRMACAREGIVER**