



REGIONE CAMPANIA

AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO

[www.aslavellino.it](http://www.aslavellino.it)



ambito/A1 pianosociale

AZIENDA CONSORTILE

PER LA GESTIONE DELLE POLITICHE SOCIALI

NEI COMUNI DELL'AMBITO TERRITORIALE N. A1

ALLEGATO -A-

## Modulo di richiesta di Prestazione Sociosanitaria ( PUA – PORTA UNITARIA DI ACCESSO)

Domiciliare:.....;

Semiresidenziale:.....;

Residenziale: .....

Segnalazione:      Diretto interessato  Familiari  MMG  PLS  Serv. Soc. d'Ambito   
Ospedale  Privato Sociale  Altro.....;

PRIMA ISTANZA  RINNOVO  DISTRETTO/PRESIDIO.....;

Cognome e Nome.....;

Luogo di nascita.....;

Data di nascita...../...../.....;

Residenza Storica .....

..... Codice Fiscale .....

Residenza/Domicilio d'Assistenza.....;

Familiare di riferimento .....

In qualità di.....Indirizzo.....;

.....Recapito.....;

MMG/PLS.....ASS. Sociale.....;

DATA ...../...../.....

**Firma dell'Interessato o del familiare o tutore o amministratore di sostegno**

(Da allegare per la prima istanza: consenso al trattamento dei dati dell'Asl e dell'Ambito; fotocopia C.I. del richiedente e del paziente/utente)