



SAMOT ONLUS

DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE  
**RICHIESTA DI INTERVENTO DAL PAZIENTE**

Codice documento:  
MD.8.5 - 001 - 003  
Rev.: 02 del 09.10.19

**Spett.le S.A.M.O.T. Onlus**  
**Via Libertà 193**  
**Palermo**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
domiciliato a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
documento di identità: \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ rilasciato il  
\_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_, che allego alla presente;

**CHIEDO**

l'intervento dell'equipe domiciliare della SAMOT Onlus.

**DICHIARO**

di avere preso visione dell'informativa privacy fornitami (*MD 8.5 -001 037 Informativa privacy utenti rev.03*) sono infatti a conoscenza delle finalità assistenziali e terapeutiche della SAMOT Onlus e mi impegno a collaborare, insieme ai miei familiari, con l'équipe curante, favorendo le procedure assistenziali che verranno messe in atto nel rispetto della mia volontà e della professionalità degli operatori e delle norme deontologiche cui gli stessi sono vincolati.

Delego il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ che si identificherà con il doc. di identità n° \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ a trasferire a Voi la documentazione necessaria ai fini dell'attivazione della Assistenza domiciliare.  
\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

In fede

**COMPILARE IN CASO DI PERSONA INCAPACE DI INTENDERE, DI LEGGERE, DI FIRMARE**

Io sottoscritto (*nome*) ..... (*cognome*) ..... in qualità di familiare/tutore/curatore del paziente

**CHIEDO**

l'intervento dell'equipe domiciliare della SAMOT Onlus per il mio congiunto \_\_\_\_\_.

**DICHIARO**

di avere preso visione dell'informativa privacy (*MD 8.5 -001 037 Informativa privacy utenti rev.03*) fornitami, sono infatti a conoscenza delle finalità assistenziali e terapeutiche della SAMOT Onlus e mi impegno a collaborare, insieme ai miei familiari, con l'équipe curante, favorendo le procedure assistenziali che verranno messe in atto nel rispetto della volontà e della professionalità degli operatori e delle norme deontologiche cui gli stessi sono vincolati.

Attesto infine l'impossibilità dell'altro o altri aventi diritto il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ di manifestare oggettivamente l'interesse ad avviare la richiesta di attivazione del percorso assistenziale sopra citato perché in condizioni di lontananza e/o impedimento fisico.

Palermo li \_\_\_\_\_ Firma del Familiare/ Curatore/ Tutore \_\_\_\_\_  
(*indicare tipo di legame familiare o gli estremi della tutela e della curatela*)