



REGIONE CAMPANIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO
www.aslavellino.it

SCHEDA PER L'INGRESSO DEGLI ASSISTITI IN COVID RESIDENCE ASL AVELLINO

RICHIEDENTE :(Medico della Struttura di ricovero pubblico/privato accreditato – MMG o Dipartimento di Prevenzione per il tramite del MMG):

Medico Struttura di ricovero MMG Dipartimento Prevenzione per il tramite del MMG

DR. Cognome e Nome _____

Tel. _____ cell _____ .email _____

Distretto Sanitario n. _____ Comune: _____

Ospedale e reparto _____

ASSISTITO DI CUI SI CHIEDE L'AMMISSIONE :

Cognome e Nome: _____

Data di nascita: _____ Codice Fiscale: _____

Residenza _____ Prov: _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____ Prov: _____

Cittadinanza: _____ Stato civile: _____

Tel. _____ cell _____ .email _____

N.componenti Nucleo familiare : _____

Familiare di riferimento / Tutore per i minori : Grado di parentela _____

Cognome e Nome: _____

Tel. _____ cell _____ email _____

MOTIVAZIONI SOCIALI CHE RICHIEDONO IL TRASFERIMENTO PRESSO IL COVID RESIDENCE :

TAMPONE NASOFARINGEO MOLECOLARE POSITIVO : SI in data _____

ASINTOMATICO : SI

AUTOSUFFICIENTE : SI

ALTRE INFORMAZIONI SANITARIE :

Altre Patologie in corso : _____

Terapia in corso o ulteriori necessità assistenziali (specificare) : _____

Data _____

FIRMA e TIMBRO Medico

.....

L'ASSISTITO Sig. _____ dichiara di:

- essere stato informato dal Medico proponente sulla tipologia di struttura in cui completerà l'isolamento disposto dal Dipartimento di Prevenzione
- di accettare di soggiornare presso il Covid Residence di Montella per tutto il periodo disposto e che al termine dello stesso dovrà rientrare al proprio domicilio
- di non essere soggetto ad altre misure di restrizione della libertà individuale
- di autorizzare il trattamento dei dati personali e sanitari ai sensi della vigente normativa

Allega copia documento di riconoscimento e codice fiscale e copia disposizione di isolamento formulata dal Dipartimento di Prevenzione

Data _____

FIRMA _____

Visto si autorizza l'ingresso in struttura SI NO

Se no motivare _____

Data _____

FIRMA e TIMBRO del Responsabile _____