



**MODULO DI ADESIONE DELLA FAMIGLIA
ALLE CURE DOMICILIARI INTEGRATE: PATTO
DI CURA**

MOD. 2

Il sottoscritto.....nato a..... il...../...../.....
residente a.....via.....
Tel.....

Familiare referente del Paziente:

Cognome e Nome.....Nato a..... il/...../.....
con domicilio di assistenza a.....via.....
Tel.....

Chiede di usufruire del servizio di cure domiciliari

Dichiara di essere stato informato:

- sulle caratteristiche del servizio
- sulle forniture concesse
- sulle prestazioni da erogare al familiare assistito
- sugli oneri a suo carico

Dichiara altresì di avere ricevuto copia della Carta del Servizio e di averne preso visione

Si impegna a:

- collaborare con l'équipe domiciliare per il puntuale svolgimento del programma assistenziale, accettando il Piano Assistenziale Individuale (PAI).

Data/...../.....

Firma del familiare

.....