



**AZIENDA USL
VALLE D' AOSTA**

**UNITÉ SANITAIRE LOCALE
VALLÉE D'AOSTE**

Distretto _____

Medico Proponente _____

**SCHEDA SANITARIA DEGLI ACCESI PROGRAMMATI NEI CONFRONTI
DEI SOGGETTI NON AMBULABILI**

(di cui all'allegato 8 dell'A.C.N. del 4 aprile 2024 e dell'Accordo Integrativo regionale DGR n. 1162 del 23 settembre 2024)

Generalità dell'assistito

Cognome e nome _____

Data di nascita _____ cod. fiscale _____

Comune di residenza _____ indirizzo _____

Familiare di riferimento _____ tel. _____

Domicilio/Struttura _____

data firma e timbro del medico

Attivazione del servizio di Assistenza Domiciliare Programmata con impossibilità a raggiungere lo studio medico come specificato nell'art. 2 punto 1. lettera a) – b) – c) di cui all'Allegato 8 dell'Accordo Collettivo Nazionale n. 51/CSR del 4 aprile 2024

Firma dell'assistito o del familiare responsabile
dell'assistenza o dell'operatore competente del
servizio sanitario o sociale

ACCESSI PROPOSTI dal Medico

DIAGNOSI

- SETTIMANALE
- QUINDICINALE
- MENSILE

(firma del Medico proponente)

SPAZIO RISERVATO ALL'Azienda USL

Accessi autorizzati dal Direttore di Distretto

Accessi MMG

(S = settimanali, Q = quindicinale, M = mensili)

Frequenza

Data scadenza

firma del Direttore di Distretto

da depositare presso l'Ufficio Convenzioni Uniche Nazionali – Direzione Area Territoriale – oppure da trasmettere via email: convenzioninazionali@ausl.vda.it