



Da compilare a cura dell'Associazione
Data di ammissione ____/____/____
I.D. n. _____

## MODULO DI ADESIONE E DI ISCRIZIONE

Denominazione della struttura \_\_\_\_\_

Indirizzo sede legale \_\_\_\_\_

Indirizzo sede operativa \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

P. IVA \_\_\_\_\_

Asl di appartenenza \_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_ Codice regionale \_\_\_\_\_

Legale rappresentante \_\_\_\_\_ Tel/Cell \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

della sopra specificata e descritta struttura sanitaria

### CHIEDE

di aderire all'ASPAT Campania in qualità di Socio Ordinario e dichiara di essere a conoscenza e di accettare espressamente le norme dello Statuto, segnatamente quanto previsto dall'art. 4 (adesione all'Associazione – diritti e doveri dei soci).

### SETTORE DI APPARTENENZA:

- ASSISTENZA RIABILITATIVA – FKT – SOCIO-SANITARIO - HOSPICE
- ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE



## TIPOLOGIA DELL'ASSISTENZA RIABILITATIVA E SOCIO-SANITARIA

**Presidio Ambulatoriale** di recupero e rieducazione funzionale (**FKT** ex art. 44)

---

**Centro di Riabilitazione** ex ART. 26

per:

ambulatoriale/domiciliare

semiresidenziale

residenziale

---

**RSA** – Residenze Sanitarie Assistenziali

**CDI** - Centri Diurni Integrati



**DISABILI**

**ANZIANI**

---

**SIR** – Residenza Sanitaria Psichiatrica

**CDP** - Centro Diurno Psichiatrico

**Case Alloggio**



**SALUTE MENTALE**

---

**HOSPICE**

**SUAP**

## TIPOLOGIA DELL'ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

### Laboratorio analisi:

di base tipo B

settori aggregati:

A1

A2

A3

A4

A5

A6

RIA

---

### Radiologia medica e Diagnostica per Immagini

tradizionale

ecografia

TAC

RMN

---

**Medicina nucleare in vivo**

**Pet/Tac**

**Radioterapia**

---

**Cardiologia**

**Diabetologia**

**Odontoiatria**

**Altre branche**



### **DATI PER LA CORRISPONDENZA ASPAT**

Referente della struttura \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fax diretto \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cell. per sms \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

### **DIMENSIONI DELL'AZIENDA**

N° \_\_\_\_\_ dipendenti      N° \_\_\_\_\_ consulenti

Fatturato medio annuo ultimi 3 anni a carico del S.S.N. € \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Per il solo Socio-Sanitario:

Fatturato medio annuo ultimi 3 anni a carico dei Comuni/Ambiti

€ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Il sottoscritto autorizza, inoltre, l'ASPAT Campania al trattamento dei propri dati ai sensi della legge 196/2003.

Luogo e data \_\_\_\_\_

(timbro e firma del Legale Rappresentante)

\_\_\_\_\_

All. Copia documento di riconoscimento

**Da inviare via fax al n. 081/7345679**

**o in e-mail ad [aspatinforma@gmail.com](mailto:aspatinforma@gmail.com)**