

	S.S.N. REGIONE ABRUZZO ASL 2 LANCIANO VASTO CHIETI	Rev. 0 09/01/2026	Pag. 1/8
	MODULO PER LA SCELTA, REVOCA O CAMBIO DELL'OPERATORE PER IL SERVIZIO DI VENTILOTERAPIA DOMICILIARE	MRSQA133-1	

INDICAZIONI ALLA COMPILAZIONE:

Il presente modello consente di scegliere preventivamente, cambiare o revocare l'operatore economico incaricato alla fornitura del servizio di Ventiloterapia Domiciliare all'interno della Asl02 Lanciano Vasto Chieti.

La scelta deve essere effettuata direttamente dal paziente o da un suo rappresentante (tutore, amministratore di sostegno, curatore, familiare/caregiver delegato) compilando l'apposita sezione del presente documento, secondo quanto previsto dalla normativa vigente e dalla gara Regionale.

All'interno del presente modulo sono presenti:

- **SEZIONE 1:** Parte relativa alla scelta dell'Operatore Economico per il Servizio di Ventiloterapia Domiciliare;
- **SEZIONE 2:** Parte relativa al cambio/revoca dell'Operatore Economico per il Servizio di Ventiloterapia Domiciliare;
- **SEZIONE 3:** Delega per la scelta/revoca dell'Operatore Economico per il Servizio di Ventiloterapia Domiciliare per il paziente non in grado di esprimere il proprio consenso.

Si prega di compilare solo le parti di proprio interesse.

Si sottolinea che i tempi per effettuare la scelta dell'Operatore per il Servizio di Ventiloterapia Domiciliare sono i seguenti:

- Entro 24 ore dalla comunicazione di presa in carico da parte del Servizio di Ventiloterapia Domiciliare;
- Prima della dimissione ospedaliera nel caso al paziente venga prescritto il dispositivo medico per proseguire le cure a domicilio.

	S.S.N. REGIONE ABRUZZO ASL 2 LANCIANO VASTO CHIETI	Rev. 0 09/01/2026	Pag. 2/8
	MODULO PER LA SCELTA, REVOCA O CAMBIO DELL'OPERATORE PER IL SERVIZIO DI VENTILOTERAPIA DOMICILIARE	MRSQA133-1	

➤ **SEZIONE 1:** Scelta dell'Operatore Economico per il Servizio di Ventiloterapia Domiciliare.

Dati del paziente

Cognome e Nome: _____

Codice Fiscale: _____

Data e Luogo di nascita: ____/____/____ _____

Residenza (via/piazza): _____

Comune: _____ (____) CAP: _____

Telefono: _____ E-mail: _____

Scelta dell'operatore economico per il Servizio di Ventiloterapia Domiciliare:

- ☐ VITALAIRE ITALIA SPA
- ☐ MEDIGAS ITALIA SRL
- ☐ NIPPON GASES PHARMA SUD SRL
- ☐ VIVISOL SRL
- ☐ MEDICAIR SUD SRL
- ☐ RESPIRAIRE SRL
- ☐ ALTHEA ITALIA SPA
- ☐ SAPIO LIFE
- ☐ LINDE MEDICALE



QR CODE sito aziendale per indirizzamento a pagina dedicata

	S.S.N. REGIONE ABRUZZO ASL 2 LANCIANO VASTO CHIETI	Rev. 0 09/01/2026	Pag. 3/8
	MODULO PER LA SCELTA, REVOCA O CAMBIO DELL'OPERATORE PER IL SERVIZIO DI VENTILOTERAPIA DOMICILIARE	MRSQA133-1	

Dichiarazione di consapevolezza e consenso

- ☐ Dichiaro, ai sensi del DPR 445/2000, di essere a conoscenza del Piano assistenziale relativo al Servizio di Ventiloterapia Domiciliare;
- ☐ Dichiaro inoltre di essere in possesso delle informazioni necessarie per compiere una scelta libera e consapevole, successivamente alla consultazione della Carta dei Servizi degli operatori economici appartenenti al Servizio di Ventilazione Domiciliare disponibili sul sito istituzionale della Asl02 Lanciano Vasto Chieti (<https://www.asl2abruzzo.it>) e raggiungibili scansionando il sotto riportato codice QR.



- ☐ Esprimo il mio consenso affinché i dati forniti possano essere trattati, nel rispetto del Regolamento (UE) 679/2016 (GDPR), esclusivamente per finalità connesse al servizio di Ventiloterapia Domiciliare.

Data ___/___/___ **Firma del paziente** _____

Oppure nel caso in cui il soggetto interessato abbia un

☐ tutore* ☐ amministratore di sostegno* ☐ curatore* ☐ Delegato**

Data ___/___/___ **Firma** _____

Documento (tipologia e numero) _____

	S.S.N. REGIONE ABRUZZO ASL 2 LANCIANO VASTO CHIETI	Rev. 0 09/01/2026	Pag. 4/8
	MODULO PER LA SCELTA, REVOCA O CAMBIO DELL'OPERATORE PER IL SERVIZIO DI VENTILOTERAPIA DOMICILIARE	MRSQA133-1	

- * Allegare la documentazione che indichi i poteri del tutore e dell'amministratore di sostegno e copia del documento di riconoscimento.
- ** Nel caso di delega compilare la Sezione 3.

	S.S.N. REGIONE ABRUZZO ASL 2 LANCIANO VASTO CHIETI	Rev. 0 09/01/2026	Pag. 5/8
	MODULO PER LA SCELTA, REVOCA O CAMBIO DELL'OPERATORE PER IL SERVIZIO DI VENTILOTERAPIA DOMICILIARE	MRSQA133-1	

➤ **SEZIONE 2:** Revoca o cambio dell'Operatore del Servizio di Ventiloterapia Domiciliare.

1. Dati del paziente

Cognome e Nome: _____

Codice Fiscale: _____

Data e Luogo di nascita: ____/____/____ _____

Residenza (via/piazza): _____

Comune: _____ (____) CAP: _____

Telefono: _____ E-mail: _____

Revoca dell'operatore

Specificare Operatore attuale: _____

Motivazione della richiesta (breve descrizione):

Lista per la scelta dell'operatore economico del Servizio di Ventiloterapia

Domiciliare (scegliere un solo operatore):

- ☐ VITALAIRE ITALIA SPA
- ☐ MEDIGAS ITALIA SRL
- ☐ NIPPON GASES PHARMA SUD SRL
- ☐ VIVISOL SRL
- ☐ MEDICAIR SUD SRL
- ☐ RESPIRAIRE SRL
- ☐ ALTHEA ITALIA SPA
- ☐ SAPIO LIFE
- ☐ LINDE MEDICALE

	S.S.N. REGIONE ABRUZZO ASL 2 LANCIANO VASTO CHIETI	Rev. 0 09/01/2026	Pag. 6/8
	MODULO PER LA SCELTA, REVOCA O CAMBIO DELL'OPERATORE PER IL SERVIZIO DI VENTILOTERAPIA DOMICILIARE	MRSQA133-1	

Dichiarazione di consapevolezza e consenso

- ☐ Dichiaro, ai sensi del DPR 445/2000, di essere a conoscenza del Piano Assistenziale per il Servizio di Ventiloterapia Domiciliare;
- ☐ Dichiaro inoltre di essere in possesso delle informazioni necessarie per compiere una scelta libera e consapevole, successivamente alla consultazione della Carta dei Servizi degli operatori economici appartenenti al Servizio di Ventiloterapia domiciliare disponibili sul sito istituzionale della Asl Lanciano Vasto Chieti (<https://www.asl2abruzzo.it>) e raggiungibili scansionando il sotto riportato codice QR.



- ☐ Esprimo il mio consenso affinché i dati forniti possano essere trattati, nel rispetto del Regolamento (UE) 679/2016 (GDPR), esclusivamente per finalità connesse al servizio di Ventiloterapia Domiciliare.

Data ____/____/____ **Firma del paziente** _____

Oppure nel caso in cui il soggetto interessato abbia un

☐ tutore* ☐ amministratore di sostegno* ☐ curatore* ☐ Delegato**

Data ____/____/____ **Firma** _____

Documento (tipologia e numero) _____

	S.S.N. REGIONE ABRUZZO ASL 2 LANCIANO VASTO CHIETI	Rev. 0 09/01/2026	Pag. 7/8
	MODULO PER LA SCELTA, REVOCA O CAMBIO DELL'OPERATORE PER IL SERVIZIO DI VENTILOTERAPIA DOMICILIARE	MRSQA133-1	

- * Allegare la documentazione che indichi i poteri del tutore e dell'amministratore di sostegno e copia del documento di riconoscimento.
- ** Nel caso di delega compilare la Sezione 3.

	S.S.N. REGIONE ABRUZZO ASL 2 LANCIANO VASTO CHIETI	Rev. 0 09/01/2026	Pag. 8/8
	MODULO PER LA SCELTA, REVOCA O CAMBIO DELL'OPERATORE PER IL SERVIZIO DI VENTILOTERAPIA DOMICILIARE	MRSQA133-1	

➤ **SEZIONE 3:** Delega per la scelta/revoca dell'operatore economico per il servizio di Ventiloterapia Domiciliare.

Il Sottoscritto: Nome _____ Cognome _____

Nato il ____/____/____ a _____

Delega:

_____ Nato/a il ____/____/____

quale familiare o persona di mia fiducia incaricata a:

☐ esprimere la scelta/revoca dell'operatore per il Servizio di Ventilazione Domiciliare in mia vece

Data ____/____/____ Firma delegante _____

Documento (tipologia e numero) _____

Nel caso in cui la persona assistita sia impossibilitata a firmare

Nome e cognome, estremi documento e firma

Testimone 1 _____	_____	_____
(nome e cognome)	(tipologia di documento)	(firma)

Testimone 2 _____	_____	_____
(nome e cognome)	(tipologia di documento)	(firma)