



DATA PRESENTAZIONE

PROT. N.

N. Progr.

(spazio riservato all'Amministrazione)

DOMANDA DI ACCOGLIMENTO SERVIZIO ACCOGLIENZA DIURNA

per
(MOD. A)

Cognome e nome

cod. fisc.

nato/a

il

e residente a

in via

c.a.p.

n. di telefono

EFFETTUATA da

Cognome e nome

Nato/a a

il

e residente a

in via

codice fiscale

c.a.p.

n. tel.

nella qualità di

- parente;
- amministratore di sostegno;
- curatore o tutore;
- responsabile dei servizi sociali territorialmente competenti;
- Sindaco del Comune di residenza.

firma

(mod. A)

consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati qualificati come personali dalla citata legge, con particolare riguardo a quelli cosiddetti sensibili, nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa

firma _____

Medico curante	<input type="text"/>	n. tel. amb.	<input type="text"/>
cod. tess. Sanitario	<input type="text"/>	esenzioni	<input type="text"/>

Invalità civile	<input type="checkbox"/> si (percentuale _____)	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> in attesa
Indennità accompagnatoria	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> in attesa

Altri recapiti telefonici:

Nome e cognome	<input type="text"/>	parentela	<input type="text"/>
n. tel.	<input type="text"/>	e	<input type="text"/>
Nome e cognome	<input type="text"/>	parentela	<input type="text"/>
n. tel.	<input type="text"/>	e	<input type="text"/>

Al momento dell'ingresso l'interessato dovrà impegnarsi:

- ad osservare il Regolamento per l'accoglimento che alleghiamo in copia;
- al pagamento della retta giornaliera, al netto di eventuali contributi regionali.

Il richiedente informa che il pagamento della retta avverrà:

- totalmente a carico dell'Ospite
- con integrazione da parte dei familiari
- con intervento del Comune di Residenza

- ❖ Si informa fin d'ora che l'accoglimento comporta l'inserimento nel Nucleo assistenziale individuato dal Direttore dell'Area delle cure sanitarie e sociosanitarie, in relazione alle esigenze assistenziali e organizzative. Eventuali richieste per spostamenti interni possono essere sottoposte alla Direzione successivamente all'ingresso dell'Ospite-Cliente nella Residenza.
- ❖ La presente istanza ha validità 12 mesi alla scadenza dei quali dovrà essere rinnovata in forma scritta (modello fornito dall'Amministrazione). Le domande scadute e non rinnovate perdono ogni efficacia (art. 7 del Regolamento per l'accoglimento e la permanenza degli Ospiti-Clienti nella Residenza per anziani) e verranno cancellate d'ufficio dalla lista d'attesa.

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI ACCOGLIMENTO:

- | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> certificato redatto dal medico curante |
| <input type="checkbox"/> fotocopia documento d'identità valido del sottoscrittore della domanda |

DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE AL MOMENTO DELL'ACCOGLIMENTO IN RESIDENZA

- | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> fotocopia tessera sanitaria |
| <input type="checkbox"/> fotocopia documento d'identità valido |
| <input type="checkbox"/> altra documentazione sanitaria relativa alla storia clinica ed assistenziale |

