

DOMANDA DI AMMISSIONE CDI

CENTRO DIURNO INTEGRATO N° pratica _____

protocollo _____

Il/La sottoscritto/a _____

residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____

recapiti telefonici _____

nella qualità di _____ della sig.ra/del sig. _____

ed assumendosi ogni responsabilità al riguardo

PRESENTA DOMANDA DI AMMISSIONE PRESSO IL CENTRO DIURNO DELLA RSA

Nel caso il richiedente sia persona diversa dall'Ospite, la presente domanda è da intendersi effettuata con il consenso di quest'ultimo.

DATI ANAGRAFICI DELL'OSPITE

Nome _____ Cognome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov. _____

Residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____

recapiti telefonici _____

stato civile _____ N° figli maschi _____ N° figli femmine _____

Documento di identità _____ ASL di appartenenza _____

Codice Fiscale _____ **(OBBLIGATORIO)**

N° TESSERA SANITARIA DA CARTA REGIONALE DEI SERVIZI _____ **(OBBLIGATORIO)**

TITOLO DI STUDIO	<input type="checkbox"/> NESSUNO	<input type="checkbox"/> LIC. ELEMENTARE	<input type="checkbox"/> LIC. MEDIA SUP.
	<input type="checkbox"/> DIPL. MEDIA SUP	<input type="checkbox"/> DIPLOMA UNIVERS	<input type="checkbox"/> LAUREA
	<input type="checkbox"/> ALTRO		

POSIZIONE NELLA PROFESSIONE	<input type="checkbox"/> CASALINGA (che ha svolto lavoro retribuito)	<input type="checkbox"/> CASALINGA (che non ha mai svolto lavoro retribuito, anche se con pensione)
	<input type="checkbox"/> PENSIONATO (che ha lavorato)	<input type="checkbox"/> VALIDO, INABILE (che non ha mai svolto lavoro retribuito)

RICHIESTA DI INSERIMENTO	<input type="checkbox"/> PROPRIA	<input type="checkbox"/> ASSISTENTE SOCIALE
	<input type="checkbox"/> FAMILIARE-AFFINE	<input type="checkbox"/> MEDICO DI MEDICINA GENERALE
	<input type="checkbox"/> SOGGETTO CICILMENTE OBBLIGATO	<input type="checkbox"/> MEDICO OSPEDALIERO

DOMANDA DI AMMISSIONE CDI

MOTIVAZIONE RICHIESTA DI INSERIMENTO	<input type="checkbox"/> PERDITA AUTONOMIA (decorso degenerativo)	<input type="checkbox"/> INSUFFICIENZA DEL SUPPORTO FAMILIARE
	<input type="checkbox"/> STABILIZZAZIONE STATO CLINICO (post acuzie)	<input type="checkbox"/> SOLITUDINE
	<input type="checkbox"/> ALLOGGIO NON IDONEO	<input type="checkbox"/> ALTRA MOTIVAZIONE SOCIALE

PROVENIENZA ASSISTITO	<input type="checkbox"/> ACCEDE ALLA STRUTTURA DIRETTAMENTE DALLA PROPRIA ABITAZIONE	<input type="checkbox"/> PROVENIENTE DA STRUTTURA SOCIALE
	<input type="checkbox"/> PROVENIENTE DA RSA	<input type="checkbox"/> PROVENIENTE DA STRUTTURA SOCIALE
	<input type="checkbox"/> PROVENIENTE DA RSD	<input type="checkbox"/> PROVENIENTE DA ISITUTO DI RICOVERO PER ACUTI
	<input type="checkbox"/> PROVENIENTE DA CSS	<input type="checkbox"/> PROVENIENTE DA ISTITUTO DI RIABILITAZIONE
	<input type="checkbox"/> ALTRO	

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE	<input type="checkbox"/> SOLO	<input type="checkbox"/> ASSISTENTE FAMILIARE	<input type="checkbox"/> ALTRO
	<input type="checkbox"/> FAMILIARE CONVIVENTE	<input type="checkbox"/> FAMILIARE CONVIVENTE E ASSISTENTE FAMILIARE (BADANTE)	
ASSISTENZA FORMALE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
ASSISTENZA INFORMALE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
PROVVIDENZE ECONOMICHE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
SITUAZIONE PENSIONISTICA	<input type="checkbox"/> NESSUNA PENSIONE	<input type="checkbox"/> TIPOLOGIA SPECIALE (guerra, infortunio sul lavoro, ecc.)	2 O PIU' TIPOLOGIE DI PENSIONE
	<input type="checkbox"/> ANZIANITA'/VECCHIAIA	<input type="checkbox"/> REVERSIBILITA'	ALTRO
	<input type="checkbox"/> SOCIALE	<input type="checkbox"/> INVALIDITA'	
ASSEGNO DI ACCOMPAGNAM ENTO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

DATI ANAGRAFICI DEL GARANTE INDIVIDUATO PER IL PAGAMENTO

Nome _____ Cognome _____

Grado di parentela con l'ospite _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____

DOMANDA DI AMMISSIONE CDI

Codice Fiscale _____ Recapiti telefonici _____

ALTRO REFERENTE DELL'OSPITE DA CONTATTARE

Nome _____ Cognome _____

Grado di parentela con l'ospite _____

Residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____

Recapiti telefonici _____

ALTRO REFERENTE DELL'OSPITE DA CONTATTARE

Nome _____ Cognome _____

Grado di parentela con l'ospite _____

Residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____

Recapiti telefonici _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE:

- Fotocopia della tessera sanitaria
- terapia in atto sottoscritta dal medico curante e/o documentazione sanitaria quale ricoveri, visite specialistiche, esami, ecc. e in caso di cardiopatie il tracciato dell'ultimo ECG.

Data _____

Firma del sottoscrittore _____