

## Richiesta di ingresso nel centro diurno integrato

Il/La sottoscritto/a .....

Nome

Cognome

### CHIEDE

di essere ammesso al Centro Diurno Integrato della Fondazione San Germano ONLUS

### OPPURE

Il/La sottoscritto/a .....

Nome

Cognome

in qualità di .....

Grado di parentela

del sig. / della sig.<sup>ra</sup> .....

Nome

Cognome

### CHIEDE

che il/la proprio/a congiunto/a venga ammesso/a al Centro Diurno Integrato della Fondazione san Germano ONLUS

**Il sottoscritto si impegna a pagare la retta giornaliera stabilita dall'Ente.**

..... li ..... firma .....

---

Spazio riservato alla struttura

Prot. n° ..... Presentata il .....

Data prevista di ingresso ..... Accettata da .....

Data effettiva di ingresso .....

**Dati anagrafici dell'ospite**

Nome ..... Cognome .....

Nato/a a ..... Prov. ....CAP..... il .....

Residente a ..... Prov.....CAP.....

Via ..... n° .....

Recapito telefonico ..... Cellulare .....

Cognome acquisito .....Nome del padre.....

Nome della madre .....Coniugato/a con .....

Vedovo/a di ..... N. figli .....

**Altre informazioni relative al ricoverando**

Stato civile:	<input type="checkbox"/> Coniugato/a	<input type="checkbox"/> Celibe/Nubile	<input type="checkbox"/> Vedovo/a
	<input type="checkbox"/> Divorziato/a	<input type="checkbox"/> Separato/a	<input type="checkbox"/> Non dichiarato

Scolarità:	<input type="checkbox"/> Nessun titolo	<input type="checkbox"/> Licenza elementare
<input type="checkbox"/> Licenza media o avviamento	<input type="checkbox"/> Diploma	<input type="checkbox"/> Laurea

Attività precedente al pensionamento:	<input type="checkbox"/> Casalinga	<input type="checkbox"/> Impiegato/a
<input type="checkbox"/> Agricoltore	<input type="checkbox"/> Insegnante	<input type="checkbox"/> Commerciante
<input type="checkbox"/> Operaio/a	<input type="checkbox"/> Artigiano	<input type="checkbox"/> Dirigente
<input type="checkbox"/> Imprenditore	<input type="checkbox"/> Libero professionista	<input type="checkbox"/> altro

Motivo della domanda:	<input type="checkbox"/> ha perso l'autonomia fisica/psichica	<input type="checkbox"/> la famiglia non è in grado di provvedere
<input type="checkbox"/> vive solo/a	<input type="checkbox"/> l'alloggio è inidoneo	<input type="checkbox"/> altro

Provenienza dell'ospite:	<input type="checkbox"/> Soggetto che accede alla struttura dirett. dal domicilio	<input type="checkbox"/> Soggetto in dimissione da struttura psichiatrica
<input type="checkbox"/> Soggetto in dimissione da istituto di riabilitazione	<input type="checkbox"/> Soggetto in dimissione da altro regime o tipologia, all'interno della stessa struttura	<input type="checkbox"/> Soggetto dimesso da altra struttura
<input type="checkbox"/> Altro	<input type="checkbox"/> Soggetto in dimissione da struttura sanitaria accreditata	<input type="checkbox"/> Soggetto in dimissione da struttura sanitaria non accreditata

Soggetto con buono Socio - Sanitario	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no (in lista di attesa)
<input type="checkbox"/> no		

Soggetto con assegno di accompagnamento	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no (domanda presentata)
<input type="checkbox"/> no		

Codice fiscale .....

Documento d'identità n° .....

Rilasciata da ..... il .....

Tessera sanitaria n° ..... ASL di .....

Esenzione ticket n° ..... del .....

per patologia ..... per invalidità civile .....

Annotazioni .....

.....

.....

.....

.....

si allega certificato di diagnosi di demenza

## Elenco servizi richiesti

1. Animazione / socializzazione
  - Attivazione – riattivazione psicofisica
  - Attività ricreative – culturali
2. Assistenza alla persona
  - Bagni assistiti
  - Alimentazione
3. Assistenza sanitaria
  - Consulenza medico – geriatrica
  - Consulenza medico – specialistica
  - Assistenza infermieristica
4. Servizio di fisioterapia
  - Assistenza recupero funzionale
  - Utilizzo di terapie strumentali
  - Prestazioni di massoterapia
5. Prestazioni alberghiere
  - Ristorazione
  - Lavanderia
6. Servizio di trasporto
  - Gestito direttamente dall'Ente gestore del C.D.I.
7. Servizio diurno completo
  - Giornata Intera
  - Giornata non Intera

**Dati anagrafici dei familiari o persone di riferimento**

Nome ..... Cognome .....

Data nascita: ..... luogo nascita: .....

Grado di parentela .....

Residente a .....

Via ..... n° .....

Recapito telefonico ..... Cellulare .....

Mail: .....

Nome ..... Cognome .....

Data nascita: ..... luogo nascita: .....

Grado di parentela .....

Residente a .....

Via ..... n° .....

Recapito telefonico ..... Cellulare .....

Mail: .....

Nome ..... Cognome .....

Data nascita: ..... luogo nascita: .....

Grado di parentela .....

Residente a .....

Via ..... n° .....

Recapito telefonico ..... Cellulare .....

Mail: .....