

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.^{ra}

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 aProv.....CAP.....

Via n°

Recapito telefonico Cellulare

Cognome acquisitoNome del padre.....

Nome della madreConiugato/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: