



Amministrazione destinataria

Comune di Dervio

Ufficio destinatario

Assistente Sociale

Domanda unica di inserimento in RSA

Il sottoscritto

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				

in qualità di eventuale tutore o amministratore di sostegno

Atto numero	Del	Tribunale di
-------------	-----	--------------

del seguente assistito

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				

eventuale persona di riferimento

Cognome		Nome		Codice Fiscale					
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza	Provincia	Comune	Indirizzo	Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Telefono cellulare	Telefono fisso		Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata				

Grado di parentela

COMUNICA

l'urgenza della domanda

- estrema
- ordinaria

inserimento in lista d'attesa a scopo preventivo

i motivi della domanda di ricovero

<input type="checkbox"/>	stato di salute
<input type="checkbox"/>	problemi familiari
<input type="checkbox"/>	condizioni abitative
<input type="checkbox"/>	trasferimento da altra unità di offerta
<input type="checkbox"/>	solitudine
<input type="checkbox"/>	alloggio non adeguato
<input type="checkbox"/>	eventuale sfratto
<input type="checkbox"/>	anzianità o vecchiaia
<input type="checkbox"/>	revesibilità
<input type="checkbox"/>	invalidità sociale
<input type="checkbox"/>	altro (specificare)

Sezione Dati personali

scolarità

<input type="radio"/>	elementari
<input type="radio"/>	superiori
<input type="radio"/>	altro (specificare)

attività lavorativa

Specificare

--

in merito alla decisione del futuro ricovero, l'anziano è

<input type="radio"/>	consenziente
<input type="radio"/>	contrario
<input type="radio"/>	indifferente
<input type="radio"/>	non informato
<input type="radio"/>	non in grado di decidere

la richiesta è un ricovero

<input type="radio"/>	temporaneo
<input type="radio"/>	definitivo

stato civile

<input type="radio"/>	celibe o nubile
<input type="radio"/>	coniugato
<input type="radio"/>	separato
<input type="radio"/>	divorziato
<input type="radio"/>	vedovo

pensione tipo

<input type="radio"/>	anzianità o vecchiaia
<input type="radio"/>	revesibilità
<input type="radio"/>	invalidità sociale
<input type="radio"/>	nessuna pensione
<input type="radio"/>	vedovo
<input type="radio"/>	altro (specificare)

invalidità civile

<input type="radio"/>	in corso
<input type="radio"/>	riconosciuta al
	Percentuale
	%
<input type="radio"/>	domanda non presentata

indennità di accompagnamento

non riconosciuta

in attesa

domanda non presentata

riconosciuta (indicare il tipo)

cieco assoluto

cieco con residuo visivo

invalido al 100% con accompagnamento

sordomuto

indennità di accompagnamento

in corso

sì

no

domanda non presentata

Sezione Rete sociale e coinvolgimento dei servizi territoriali

attualmente il soggetto per cui si presenta la domanda di ricovero si trova

al proprio domicilio

presso propri familiari

in ospedale

Ospedale	Reparto

in struttura protetta

Nome struttura

in struttura riabilitativa

Nome struttura	Reparto	Da quanto tempo

se residente in abitazione

di proprietà

in affitto

situazione familiare

vive solo

Da quanto tempo

vive non solo

coniuge

figlio

badante

altro (specificare)

il convivente è

autosufficiente

parzialmente autosufficiente

non autosufficiente

Elenco dei principali famigliari o parenti

famigliare o parente

Cognome		Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune							<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata					

Convivente

- si
- no

ulteriore famigliare o parente

Cognome		Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune							<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata					

Convivente

- si
- no

ulteriore famigliare o parente

Cognome		Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Residenza		Indirizzo		Civico	Barrato	Scala	Piano	SNC	CAP
Provincia	Comune							<input type="checkbox"/>	
Telefono cellulare	Telefono fisso	Posta elettronica ordinaria		Posta elettronica certificata					

Convivente

- si
- no

ulteriore famigliare o parente

Cognome		Nome			Codice Fiscale				
Data di nascita		Sesso	Luogo di nascita		Cittadinanza				
Dervio									
Luogo		Data		Il dichiarante					

Residenza

Provincia

Comune

Indirizzo

Civico

Barrato

Scala

Piano

SNC

CAP

Telefono cellulare

Telefono fisso

Posta elettronica ordinaria

Posta elettronica certificata

Convivente si no

Servizi territoriali di cui usufruisce

- servizio assistenza domiciliare comunale
- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | igiene personale |
| <input type="checkbox"/> | pulizia casa |
| <input type="checkbox"/> | assistenza socio-economica |
| <input type="checkbox"/> | aiuto per la spesa |
| <input type="checkbox"/> | pasto caldo |
| <input type="checkbox"/> | telesoccorso |
| <input type="checkbox"/> | altro (specificare) |
- servizio assistenza domiciliare integrata (ADI)
- | | |
|-----------------------|--------------------------------|
| <input type="radio"/> | M.M.G. |
| <input type="radio"/> | infermiere professionale |
| <input type="radio"/> | terapista della riabilitazione |
| <input type="radio"/> | altro (specificare) |
- altri servizi di cui usufruisce
- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | centro psicosociale |
| <input type="checkbox"/> | centro diurno anziani |
| <input type="checkbox"/> | centro diurno integrato |
- usa i seguenti ausili o presidi a domicilio
- | | |
|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | carrozzina |
| <input type="checkbox"/> | materasso antidecubito |
| <input type="checkbox"/> | sollevatore |
| <input type="checkbox"/> | altro (specificare) |

Eventuali annotazioni

--

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | copia documento d'identità dell'assistito |
| <input checked="" type="checkbox"/> | relazione sanitaria a cura del medico curante |
| <input type="checkbox"/> | copia del documento di identità
<i>(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)</i> |
| <input type="checkbox"/> | altri allegati (specificare) |

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.