

**RICHIESTA DI INSERIMENTO PRESSO
IL CENTRO DIURNO INTEGRATO DI TREVIGLIO**

Il/la sottoscritto/a..... in qualità di.....

Nato a il.....

Residente a in Via

Stato civile..... Tel.....

CHIEDE

a Codesta Amministrazione di poter ammettere presso il Centro Diurno Integrato di Treviglio:

se stesso; il/la proprio/a congiunto/a...

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

Nato a il.....

Residente a in Via

Stato civile..... Codice fiscale.....

Tel..... Tessera San..... Esenz. ticket si () no ()

RICHIESTE IL SERVIZIO DI TRASPORTO: SI () NO ()

- Trasporto per il viaggio di andata al CDI: SI () NO ()

- Trasporto per il viaggio di ritorno a casa: SI () NO ()

RICHIESTE DI USUFRUIRE DEL PASTO, COME DI SEGUITO SPECIFICATO:

- Dieta "NORMALE" ()

- Dieta "LEGGERA", in bianco ()

- Dieta "SPECIALE", con presentazione di certificato medico ()

AI FINI DELLA RICHIESTA DICHIARA, QUANTO SEGUE:

1) IL RICHIEDENTE IL SERVIZIO:

- E' in possesso della certificazione di Invalidità Civile: SI () %.....; NO ();
In fase di accertamento ().
- Percepisce l'Indennità di Accompagnamento: SI () %.....; NO ();
In fase di accertamento ().
- È titolare dei seguenti redditi:
Pensione Cat..... Tot. importo mensile netto.....
Pensione Cat..... Tot. importo mensile netto.....
Pensione Cat..... Tot. importo mensile netto.....
- Risiede in un alloggio:
Di proprietà (); In locazione (); In usufrutto (); Altro ()
- Presenza di barriere architettoniche: SI () NO ()
Quali.....
- Adeguatezza dell'alloggio: SI () NO ()
motivazioni.....

2) PERSONE DI RIFERIMENTO DELL'ANZIANO PER IL QUALE SI RICHIEDE IL SERVIZIO:

| NOMINATIVO | LEGAME | DATA DI NASCITA | INDIRIZZO | TELEFONO | ATTIVITA' SVOLTA |
|------------|--------|-----------------|-----------|----------|------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

3) SITUAZIONE FAMILIARE:

- Assenza di famigliari di riferimento ()
- Famigliari non conviventi che evidenziano difficoltà assistenziali ()
- Famigliari conviventi che evidenziano difficoltà assistenziali ()

4) SITUAZIONE ASSISTENZIALE:

- L'anziano fruisce di assistenza domiciliare pubblica e/o privata che risulta insufficiente a causa delle condizioni sanitarie, che comunque non sono tali da richiedere un ricovero in RSA ()

- L'assistenza domiciliare, nell'arco dell'intera giornata, non può essere attivata/potenziata a causa delle precarie condizioni economiche ()

- L'assistenza domiciliare non può essere attivata/potenziata a causa delle precarie condizioni abitative ()

SI ALLEGA:

- 1) Scheda sanitaria compilata dal medico curante.
- 2) Fotocopia verbale invalidità civile, rilasciato dall'ASL (se invalido).
- 3) Fotocopia documentazione sanitaria:
 - referti esami ematochimici e referti esami urine;
 - referti esami strumentali (RX torace, ECG);
 - lettere di dimissione dall'ospedale,
 - eventuali visite specialistiche (visite neurologiche, psichiatriche, ortopediche ecc.)

Consapevole che le notizie sopra riportate verranno accertate d'ufficio e che la richiesta non implica automatica accettazione.

Si dichiara di aver preso visione del Regolamento del Servizio e di adoperarsi nel rispetto delle norme in esso contenute.

Si dichiara di aver preso conoscenza della retta in vigore e di impegnarsi al pagamento mensile del servizio.

Data..... Firma

Autorizzo ai sensi della L.675/96 l'Amministrazione comunale a detenere e trattare i suindicati miei dati personali, mediante strumenti manuali ed informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa, con la garanzia di riservatezza e sicurezza dei dati stessi.

Data..... Firma

DATA

FIRMA

per presa visione ed accettazione del regolamento
