

Alla Residenza La Finestra
Via G. di Vittorio,7
Malnate (VA)

Io sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____

Residente nel comune _____ Prov. _____

Indirizzo Via/Piazza _____ n° _____ CAP _____

Tel. abitazione _____ Cellulare _____

Mail _____ (scrivere in stampatello)

In qualità di _____
(grado di parentela e/o Tutore e/o amministratore di sostegno)

CHIEDE L'INSERIMENTO PRESSO LA RESIDENZA LA FINESTRA

Per il/La Sig.r/ra _Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____

Residente nel comune _____ Prov. _____

Indirizzo Via/Piazza _____ n° _____ CAP _____

Tel. abitazione _____ Cellulare _____

Mail _____ (scrivere in stampatello)

DICHIARA INOLTRE

Servizio Inviante e/o di Riferimento _____

del Comune di _____ Prov _____

Operatore di riferimento _____
Cognome _____ Nome _____

Tel/cell _____ Mail _____

Tipologia di inserimento richiesto

Servizio Residenziale a Tempo Indeterminato (Tutti i giorni della settimana per 365 g/anno)

Servizio Residenziale Temporaneo

Formula week-end (da Venerdì alle ore 17.30 a Domenica alle ore 20.45)

-È possibile indicare max tre periodi-

1°Periodo dal _____ al _____
(giorno/mese/anno) (giorno/mese/anno)

2°Periodo dal _____ al _____
(giorno/mese/anno) (giorno/mese/anno)

3°Periodo dal _____ al _____
(giorno/mese/anno) (giorno/mese/anno)

14 Giorni (da Lunedì alle ore 8.30 a Domenica alle ore 20.45)

Mese completo

Notte/i supplementare/i (indicare giorno/mese/anno)

1° _____ 2° _____ 3° _____

4° _____ 5° _____ 6° _____

(Previa verifica della disponibilità di posti letto)

Periodo Personalizzato dal _____ **al** _____
(giorno/mese/anno) (giorno/mese/anno)

(Previa verifica della disponibilità di posti letto)

Si allegano i documenti richiesti.

Firma del richiedente

Data _____

Anamnesi sociale**Informazioni anagrafiche Utente**

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Stato Civile _____

Residente a _____ Prov. _____

Indirizzo Via/Piazza _____ n° _____ CAP _____

Codice Fiscale _____ Cittadinanza _____

Attuale collocazione _____

Composizione del nucleo familiare

(specificare Cognome, Nome, Data di Nascita e grado di parentela, recapito telefonico , mail)

1. _____ (_____)
Cognome Nome Data di nascita Grado di Parentela

Recapito tel/Cell _____ Mail _____

2. _____ (_____)

Recapito tel/Cell _____ Mail _____

3. _____ (_____)

Recapito tel/Cell _____ Mail _____

4. _____ (_____)

Recapito tel/Cell _____ Mail _____

5. _____ (_____)

Recapito tel/Cell _____ Mail _____

Altri familiari o Persone di riferimento

(specificare Cognome, Nome, Data di Nascita e grado di parentela, recapito telefonico , mail)

1. _____ (_____)
Cognome Nome Data di nascita Grado di Parentela

Recapito tel/Cell _____ Mail _____

2. _____ (_____)

Recapito tel/Cell _____ Mail _____

3. _____ (_____)

Recapito tel/Cell _____ Mail _____

4. _____ (_____)

Recapito tel/Cell _____ Mail _____

Informazioni significative sul contesto socio-familiare

Diagnosi sanitaria

Servizi di riferimento **Servizio Sociale Comunale**

Comune di _____

Operatore di riferimento (Cognome, Nome , Qualifica,Recapito tel/cell, Mail)

_____**Servizio Distrettuale ATS –Area Disabilità-**

Comune di _____

Operatore di riferimento (Cognome, Nome , Qualifica,Recapito tel/cell, Mail)

_____**U.O.N.P.I.A**

Comune di _____

Operatore di riferimento (Cognome, Nome , Qualifica,Recapito tel/cell, Mail)

_____**Medico di Base**

Cognome _____ Nome _____

Recapito Tel/Cell _____ Mail _____

Indirizzo Studio _____

_____ **Altro** (Specificare tipologia del Servizio e Operatori di riferimento)_____

Anamnesi sanitaria (da compilarsi a cura del medico di base o di altro specialista)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ Il _____

Diagnosi attuale

Anamnesi Clinica (problematiche comportamentali, malattie infettive pregresse e/o in atto)

Terapia farmacologica attuale (Nome del farmaco e posologia)

Indicazioni per : diete, intolleranze e/o allergie alimentari e farmacologiche

Dieta specifica: SI NO

Presenta problemi di deglutizione: SI NO

Protesi Dentaria: SI NO

Presenta alterazioni del sonno: SI NO

Se sì, specificare _____

Presenta incontinenza sfinterica: SI NO

Se sì, specificare _____

Utilizza ausili/presidi per l'incontinenza: SI NO

Utilizza ausili/presidi: SI NO

Se sì, specificare tipo e modalità d'uso (scarpe ortopediche, deambulatori, carrozzina, caschetto paracolpi
...ecc) _____

*Allegare l'eventuale copia della prescrizione del medico Fisiatra

Data _____

Timbro e Firma del Medico

ELENCO DEI DOCUMENTI DA PRODURRE AL MOMENTO DELL'INSERIMENTO

Documenti personali dell'utente

- Carta d'identità
- Codice Fiscale
- Tessera Sanitaria S.S.N.*
- Tessera esenzione ticket*
- Fotocopia del verbale di Invalidità
- Fotocopia del certificato di gravità ai sensi della L.104/92
- Fotocopia del decreto di interdizione e/o inabilitazione (se in possesso)

Documentazione socio-sanitaria dell'utente

- Scheda informativa sanitaria compilata dal medico di base
- Scheda terapia farmacologica in corso compilata e firmata dal medico
- Eventuale documentazione sanitaria ritenuta utile (Referti specialistici, relazioni cliniche ...)

Esami richiesti al momento dell'ingresso in Residenza

- Esame urine completo
- Emocromo completo

La presente è stata compilata da **Operatore**

Cognome

Nome

Qualifica

Firma _____

 Familiare

Cognome

Nome

Grado di parentela

Firma _____

Data _____

INFORMATIVA per la TUTELA della PRIVACY (D.Lgs.196/03)

Ai sensi dell'art 13 del codice in materia di protezione dei dati personali, si informa che i dati raccolti saranno utilizzati dalla Residenza La Finestra, titolare del trattamento al fine di adempiere alle esigenze contrattuali, ed ai conseguenti adempimenti degli obblighi legali e fiscali, nonché per consentire una efficace gestione dei rapporti finanziari e commerciali. I dati forniti saranno trattati anche con modalità informatiche da nostro personale incaricato al trattamento; non saranno oggetto di alcuna diffusione; potranno essere comunicati, previo consenso, unicamente per le finalità esposte. Per i diritti riservati all'interessato dalla Legge si rimanda al disposto di cui all'art.7 del D.Lgs 196/03.

Data _____ Firma _____