

Hotel Adda ****
Comunità alloggio e Centro Diurno per anziani

DOMANDA DI INGRESSO
Allegato B

Dati dell'interessato:

Cognome Nome

Sesso F M Stato civile data di nascita

Luogo di nascita

Residenza in vian. Comune

Prov. C.A.P. Recapito telefonico

Domicilio (*solo se diverso dalla residenza*)

Carta Regionale dei servizi – Codice Assistito (allegare copia)

Carta d'identità (allegare copia)Codice fiscale

Percentuale di invalidità Indennità di accompagnamento Sì No

Chiede di essere inserito in:
COMUNITA' ALLOGGIO in modo temporaneo data dimissione
senza previsione di dimissione

CENTRO DIURNO ANZIANI

Dati del familiare di riferimento per la presentazione della domanda:

Rapporto di parentela

Cognome Nome

Data di nascita Luogo di nascita

Residenza in vian. Comune

Prov. C.A.P. Recapito telefonico

Hotel Adda ****
Comunità alloggio e Centro Diurno per anziani

Ha avuto precedenti ricoveri in altre strutture (RSA/comunità alloggio/CDI/altro)?

Sì No

Se sì, indicare dove e il periodo

Motivi dell'eventuale dimissione

Indicare il nome e il recapito telefonico del Medico di Medicina Generale

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE DI CARATTERE SOCIALE

INIZIATIVA DELLA DOMANDA

- utente stesso
- familiari
- medico di medicina generale
- assistente sociale

USUFRUISCE ATTUALMENTE DI ALTRI SERVIZI

- ADI
- SAD
- Assistente familiare
- Altro

L'INTERESSATO BENEFICIA DELLA NOMINA DI UN:

- Tutore
- Curatore
- Amministratore di Sostegno
- Ha in corso la pratica per la nomina di

PARENTI REFERENTI

NOME COGNOME	GRADO DI PARENTELA	INDIRIZZO	RECAPITO TEL.

ALTRI FAMILIARI

.....
.....
.....

Hotel Adda ****
Comunità alloggio e Centro Diurno per anziani

L'interessato ed i familiari di riferimento, dichiarano di essere stati informati durante il primo colloquio della possibilità, successivamente all'ingresso, di alcuni servizi a pagamento:

- una camera per chi volesse trascorrere più tempo con l'anziano (su prenotazione);
 - la possibilità di pranzare e cenare in compagnia dell'anziano (previa segnalazione) ;
 - la possibilità di partecipare alle gite organizzate a favore degli ospiti;
-
- Sono parte integrante della presente domanda:
 1. Copia della Carta regionale dei servizi;
 2. Copia della Carta di identità;
 3. Scheda sanitaria compilata dal Medico di Medicina Generale
 - Ai sensi del D.P.R. nr.445/00 le dichiarazioni mendaci contenute nella presente saranno perseguibili in base alla normativa vigente.

Addì,.....

Firma dell'interessato

Informativa ai sensi del D.lgs. 196/2003

I dati da lei forniti, anche di natura sensibile, saranno trattati, sia a livello cartaceo che informatico, al solo fine di gestire la lista d'attesa per l'ingresso come ospite presso la Comunità alloggio Hotel Adda, il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto comporta la mancata possibilità di inserimento in lista d'attesa. I dati potranno essere comunicati a terze parti solo per le finalità indicate in precedenza e comunque secondo quanto previsto dai limiti di legge. Il titolare del trattamento è "L'Accoglienza" - società cooperativa sociale onlus - e il nome del responsabile è reperibile presso la segreteria. In ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.lgs 196/2003.

Autorizzo al trattamento dei dati personali e sensibili secondo quanto sopra descritto.

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

Firma

"L'Accoglienza" società cooperativa sociale onlus
Via Edison, 27 - 23877 Paderno d'Adda (LC)
Tel. 039.514015 – fax 039.510796 - mail: info@hoteladda.org - www.hoteladda.org