

Il/la sottoscritto/a.....
nato/a ail
residente a via.....n.
domicilio (se diverso dalla residenza)
tel.....

stato civile.....cittadinanza.....

• proprietario di immobili nella provincia di Piacenza si no

via.....n.....

Comune di.....Provincia.....

• è socio/a o dipendente o parente di 1° grado di socio/a o dipendente di Unicoop
 si no

se si indicare nome e cognome parente di 1° grado socio/a o dipendente UNICOOP.....

• ha già fruito di servizi gestiti da UNICOOP personalmente o un parente di 1° grado
 si no

indicare servizio fruito e nome e cognome del parente di 1° grado

• è sacerdote o familiare/parente di 1° grado di sacerdote
 si no

se si indicare nome e cognome del familiare sacerdote

con la presente chiede di essere ammesso/a alla Casa di Riposo del Facsal
e di essere alloggiato in camera singola
 camera doppia

impegnandosi da subito a:

- osservare incondizionatamente tutte le norme previste dalla Carta dei Servizi della Casa di Riposo consegnata;
- accettare e provvedere ad eventuali provvedimenti di dimissione motivati e comunicati in forma scritta dalla Casa di Riposo.

Piacenza,

Firma.....

Per eventuali comunicazioni e/o ulteriori informazioni è possibile contattare inoltre:

■ il/la Signor/a.....
in qualità di
residente a.....via.....n.
tel.

■ il/la Signor/a.....
in qualità di
residente a.....via.....n.
tel.

Allegare informativa adulti

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

- A. Copia tessera sanitaria, copia tessera di esenzione pagamento ticket;
- B. Copia Documento d'identità;
- C. Copia Codice fiscale;
- D. Stato di famiglia in carta libera attestante la composizione del nucleo familiare (indicare per ogni componente cognome e nome, grado di parentela, luogo e data di nascita, stato civile);
- E. Certificato di nascita in carta libera;
- F. Informativa resa ai sensi degli art. 13-14 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE) n. 679/2016 e relativa richiesta di consenso al trattamento dei dati personali oggetto dell'informativa da restituire debitamente compilata e firmata.
- G. Indicatore di situazione economica (ISE) e indicatore di situazione economica equivalente (ISEE) dell'anno precedente di tipo “ordinario”.
- H. Eventuale copia del verbale di invalidità.

SCHEDA SANITARIA

da compilare a cura del medico di base dott.

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

Luogo di nascita.....data di nascita.....

DIAGNOSI.....
.....
.....
.....
.....

INVALIDITA' CIVILE

si no parziale.....%

ALTRE INVALIDITA'

.....
.....

ESENZIONE TICKET si no

Età.....

Invalità.....

Patologia.....

Altro.....

ASSISTITO DA SERVIZI TERRITORIALI

si no

Eventuali riferimenti.....

CONDIZIONI PSICHICHE

Integre.....
Disorientamento.....
Agitazione.....
Demenza.....

TENTATIVI DI SUICIDIO

si no

TENTATIVI DI FUGA

si no

DEAMBULAZIONE

Autonoma.....
con aiuto (indicare gli ausili utilizzati).....
Carrozzina.....
Assente.....

CAPACITA' VISIVE

sufficienti insufficienti

.....

CAPACITA' Uditive

sufficienti insufficienti

.....

INCONTINENZA URINARIA

si no

.....

INCONTINENZA FECALE

si no

.....

ALIMENTAZIONE AUTONOMA

si no

.....

Allegare informativa adulti

DECUBITI

si no

.....

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO E ORARI DI SOMMINISTRAZIONE

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

CURE INFERMIERISTICHE NECESSARIE

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

NOTE AGGIUNTIVE

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

PESO CORPOREO

Kg.....

Data.....

Timbro e firma del medico curante.....