

Il/la sottoscritto/a.....

nato/a a ..... il .....

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.....

Invalidità.....

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.....