

1) DATI

Il/la sottoscritto/a.....

nato/a ail

residente a via.....n.

domicilio (se diverso dalla residenza).....

tel.....

stato civile.....

cittadinanza.....

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

con la presente chiede di essere ammesso/a al Centro Diurno Unicoop:

Centro Diurno FACSAL

Centro Diurno BESURICA

Con frequenza **5 giorni settimanali (lunedì-venerdì)**

6 giorni settimanali (lunedì-sabato)

impegnandosi da subito a:

- osservare incondizionatamente tutte le norme previste dalla Carta dei Servizi del Centro Diurno consegnata e controfirmata per accettazione;
- accettare e provvedere ad eventuali provvedimenti di dimissione motivati e comunicati in forma scritta dal Coordinatore del Centro Diurno.

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.

2) DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

- A. Copia Documento d'identità;
- B. Copia Codice fiscale;
- C. 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.

Ai sensi del Regolamento Europeo sulla Protezione dei Dati n. 679/2016 Vi informiamo che i dati forniti formeranno oggetto di trattamento unicamente ai fini del rapporto commerciale che diverrà effettivo in sede di stipula del contratto. I dati verranno trattati solo previa consegna dell'informativa e ove necessario il rilascio del consenso.

L'informativa completa contenente le informazioni relative a contatti del titolare, base giuridica, finalità del trattamento, destinatari, periodo di conservazione e diritti dell'interessato è stata consegnata in allegato alla presente ed è **reperibile in forma aggiornata all'indirizzo <http://www.cooperativaunicoop.it> sezione Privacy Policy.**

3) AUTORIZZAZIONI

Alla Unicoop Coop. Soc. a r.l. Struttura _____

Il/i sottoscritto/i

Parente di

AUTORIZZA

ad eventuali uscite programmate degli operatori nei pressi della struttura.

DATA.....

IN FEDE (Firma).....

4) SCHEDA SANITARIA

da compilare a cura del medico di base dott.

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

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

DIAGNOSI.....

.....

.....

.....

.....

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' UDTIVE

sufficienti insufficienti

.....

INCONTINENZA URINARIA

si no

.....

INCONTINENZA FECALE

si no

.....

ALIMENTAZIONE AUTONOMA

si no

.....

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.....