



RICHIESTA DI AMMISSIONE

Data: 30-08-2023

Codice: MO01-01 Revisione n° 9

Protocollo in entrata _____ del _____

Il/La richiedente _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ C.A.P. _____

in via _____ n. _____ tel. _____ / _____

n. cell. ____ / _____ indirizzo e-mail _____

in qualità di _____ (da compilare solo se il richiedente è persona diversa dall'interessato)

PRESENTA LA DOMANDA

Di accoglimento per se stesso/a (se la domanda viene compilata dall'interessato/a)

oppure per il /la sig./ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ C.A.P. _____

in via _____ n. _____ tel. _____ / _____

nei seguenti servizi sotto indicati:

- Soggiorno a lungo termine con impegnativa di residenzialità
- Soggiorno Temporaneo con impegnativa di residenzialità
- Accoglienza Residenziale extra ospedaliera
- Soggiorno a lungo termine in regime privato
- Soggiorno Temporaneo in regime privato
- Soggiorno per Autosufficienti a lungo termine
- Soggiorno Temporaneo per Autosufficienti
- Centro Diurno

presso la sede di:

VILLORBA

POVEGLIANO

PAESE



RICHIESTA DI AMMISSIONE

Data: 30-08-2023

Codice: MO01-01 Revisione n° 9

SINTESI SITUAZIONE ATTUALE DELLA PERSONA

Stato cognitivo <input type="checkbox"/> Orientato <input type="checkbox"/> Disorientato <input type="checkbox"/> Disturbi comportamentali <input type="checkbox"/> _____	Alimentazione <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Dipendente <input type="checkbox"/> _____	Mobilità <input type="checkbox"/> Autonomo <input type="checkbox"/> Necessita di ausilio _____
Continenza <input type="checkbox"/> Contigente <input type="checkbox"/> Incontinente _____ _____ <input type="checkbox"/> Portatore C. V.	Ritmo sonno/veglia <input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Irregolare _____	Ausili in uso (protesi, occhiali...) _____ _____ _____ _____
Informazioni Sanitarie _____ _____ _____ _____		
Situazione familiare e sociale e motivazione della richiesta _____ _____ _____ _____		

Valutazione UVMD SI Profilo _____ Punteggio _____
 NO In attesa

Distretto di _____

Invio ad altri servizi SI NO **Se sì quali?** _____

Familiari di riferimento		
Nominativo	Residenza	Telefono



RICHIESTA DI AMMISSIONE

Data: 30-08-2023

Codice: MO01-01 Revisione n° 9

Si consegnano:

- La carta dei servizi
- Vademecum

PRIVACY

I dati raccolti saranno trattati secondo quanto disposto dalla vigente Normativa in materia di privacy, GDPR 679/2016, esclusivamente per le finalità dichiarate così come da informativa pubblicata sul sito internet www.casamarani.it, della quale il richiedente dichiara di aver preso visione senza osservazioni.

_____, lì _____

Firma del richiedente
