

In qualità di:

- rappresentante legale del richiedente*
- persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere*

CHIEDE

Di poter ammettere il Richiedente al seguente servizio:

- Semiresidenziale**
(specificare) _____
- Residenziale** definitivo temporaneo

e di poter accedere alla

<input type="checkbox"/> QUOTA SANITARIA	<input type="checkbox"/> QUOTA SOCIALE
(prevista dalle normative vigenti in quanto soggetto Non Autosufficiente)	(se prevista stabilita secondo I Regolamento del Comune di residenza)

In merito all'inserimento in graduatoria unica per le strutture residenziali, il richiedente effettuerà la scelta della/e residenza/e dopo la valutazione sanitaria, necessaria a definire il corretto setino assistenziale, restituendo alla presente segreteria l'allegato R compilato.

A tal fine dichiara che:

1. il richiedente si trova, attualmente, presso il proprio domicilio
 il richiedente si trova, attualmente, presso

2. di usufruire del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza
3. il Medico di Medicina Generale del richiedente

è: _____ Tel. _____

Studio medico, Via _____ N° Città _____

4. la richiesta è stata suggerita da:

- Medico Proponente Reparto Ospedaliero

Tel/fax _____

- Medico di Medicina Generale _____

Assistente Sociale _____

Altri _____

5. in caso di urgenza è utile contattare _____ Tel. _____

(In caso di richiesta di quota sociale) si deve allegare la documentazione amministrativa prevista dal Comune di residenza come indicato nell'apposito Allegato 6.

Si **allega** alla presente domanda:

- Modulo di consenso informato
- Documentazione prevista dal Comune di _____ per integrazione quota sociale
- Certificazione Unità di Valutazione Alzheimer (in caso di richiesta per inserimento presso Centro diurno Alzheimer)

Luogo e Data _____ Firma _____

Consenso informato

Il/La Sottoscritto/a nato/a il _____

residente a _____ Via _____

in qualità di (specificare) : _____

autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs 196/2003 SI [] NO []

Luogo e Data _____ Firma _____

Firma facoltativa da parte di altri
per approvazione pratica

(specificare grado di parentela)

Firma facoltativa da parte di altri
per approvazione pratica

(specificare grado di parentela)