

CHIEDE

Di poter ammettere il Richiedente al seguente servizio:

Semiresidenziale (specificare) _____

Residenziale definitivo temporaneo

e di poter accedere alla

QUOTA SANITARIA

(prevista dalle normative vigenti in quanto
soggetto Non Autosufficiente)

QUOTA SOCIALE

(se prevista stabilita secondo il Regolamento del Comune di residenza)

In merito all'inserimento in graduatoria unica per le strutture residenziali effettuerà la scelta dopo la valutazione sanitaria che definisce il corretto setting assistenziale, restituendo compilato l' allegato R

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 _____