



RICHIESTA DI INSERIMENTO NELLE COMUNITA' ALLOGGIO SOCIALE PER ANZIANI

Il/La sottoscritto/a

CHIEDE

- per sé stesso
- per il/la Sig./ain qualità di.....
(impedito/a temporaneamente a rendere dichiarazione per ragioni connesse allo stato di salute)

Che venga inserito/a nella lista unica di attesa per le Comunità Alloggio Sociale per Anziani (C.A.S.A) dell'Associazione Balestrieri - Anziani in Linea. L'assistito/a verrà ammesso/a ai sotto elencati servizi, alle condizioni indicate nel contratto di ospitalità che sarà sottoscritto all'atto d'ingresso.

Dati Anagrafici dell'assistito:

Nato a _____ il _____ M F

Residente a _____ in via _____ N° _____

Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria N° _____

Cittadinanza _____ Stato Civile _____

Titolo di Studio _____ Figli _____ Femmine _____ Maschi _____

Professione prevalente nel corso della vita _____

Tipo di pensione _____ Accompagnamento SI NO in corso di accertamento

Medico di Base _____ N° telefono _____

Assistente Sociale _____ N° telefono _____

Struttura di Provenienza.....

Persone di Riferimento

Familiare di riferimento _____ parentela _____

residente a _____ C.A.P. _____ in Via _____ N° _____

Telefono _____ Cellulare _____

Altre persone autorizzate ad accedere alle informazioni sanitarie:

Sig. _____ Telefono _____

Sig. _____ Telefono _____

Scelta della Struttura

<u>C.A.S.A.</u>	<u>Scelta Provvisoria</u>	<u>Scelta Definitiva</u>
C.A.S.A. F. Balestrieri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.A.S.A. Renato Monolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C.A.S.A. Maria Rosa Inzoli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Consenso Informato

In conformità al Regolamento UE 2016/679

- Autorizza l'archiviazione e l'eventuale trasmissione delle informazioni personali alle strutture della nostra Associazione nel rispetto della riservatezza *(Questa autorizzazione è necessaria all'espletamento del servizio)*
- Si impegna a consegnare alla struttura prima dell'ingresso, i documenti che verranno richiesti.

Nome e Cognome del Richiedente _____

Firma del Richiedente _____

Documenti da allegare alla domanda di ammissione

- Valutazione del medico curante con Certificato Medico - UVG
- Fotocopia della tessera sanitaria e del codice fiscale
- Fotocopia di un documento di identità in corso di validità

Data di Ricezione:	Spazio riservato all'Associazione
--------------------	-----------------------------------