Casa di Riposo "Santa Maria della Misericordia"	Via Trieste, 97 Montespertoli (FI)	**DOMANDA AMMISSIONE POSTI NON CONVENZIONATI**

Alla Direzione
della Casa di Riposo
"Santa Maria della Misericordia"
Via Trieste, 97

50025 – MONTESPERTOLI (FI)

OGGETTO: DOMANDA DI AMMISSIONE POSTI NON CONVENZIONATI

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ (___) il _____

e residente a _____ (___)

in _____

Tel _____,

titolo di studio _____, lavoro svolto _____,

stato civile _____,(nome del coniuge _____)

RIVOLGE DOMANDA

per essere accolto/a presso Codesta Struttura Residenziale per anziani per la seguente tipologia di ospitalità:

Temporanea ☐ (periodo _____)

Centro Diurno ☐

Autosufficiente ☐ Non Autosufficiente ☐

Dichiara di essere a conoscenza che il posto disponibile viene utilizzato extra convenzione e pertanto il pagamento dell'importo dovuto verrà effettuato, per la cifra concordata, in modo diretto ed a totale carico dell'interessato.

Dichiara di essere a conoscenza delle norme previste dal Regolamento della Casa di Riposo e di impegnarsi all'osservanza del medesimo in ogni sua parte.

Data _____ IN FEDE

_____
_____
_____
_____

Casa di Riposo "Santa Maria della Misericordia"	Via Trieste, 97 Montespertoli (FI)	**DOMANDA AMMISSIONE POSTI NON CONVENZIONATI**

Nota: la domanda deve essere firmata:

- □ 1. dall'anziano che viene ammesso e dai suoi familiari
- □ 2. dal solo anziano, in mancanza di parenti e familiari
- □ 3. dal solo familiare o garante quando l'interessato si trova in una situazione di impedimento temporaneo per ragioni connesse allo stato di salute, in tal caso è resa in nome e per conto del soggetto impedito da un familiare a da un garante

Nel caso 3 e nel caso di amministratore di sostegno o di tutore legale dell'anziano deve essere sottoscritta la sottostante dichiarazione:

DICHIARAZIONE NELL'INTERESSE DEL SOGGETTO IMPEDITO O IN NOME E PER CONTO DEL MEDESIMO

Cognome _____ Nome _____

dichiarante in qualità di (figlio, coniuge, amministratore di sostegno, tutore, _____)

IN QUANTO _____

Estremi di un documento di riconoscimento _____

_____

Firma _____

Trattamento dei dati

Il sottoscritto ……..., con riferimento alla presente dichiara di autorizzare la Casa di Riposo "Santa Maria della Misericordia" di Montespertoli al trattamento dei dati personali e sensibili, di cui entrerà in possesso a seguito di attivazione del procedimento, relativo alla richiesta e poi alla propria successiva ammissione e permanenza nella struttura, consapevole che tali dati saranno resi noti da parte dell'ufficio competente a riceverli, a personale dell'Ente e/o a soggetti convenzionati per l'espletamento del servizio. I dati personali e sensibili potranno essere altresì comunicati ad enti pubblici o ad altri soggetti convenzionati sulla base di norme di legge o di regolamento o, comunque, per l'esercizio di attività istituzionali e inerenti al normale svolgimento del servizio. La comunicazione di dati personali a privati potrà avvenire solo se prevista da norme di legge o di regolamento per l'esercizio del diritto di accesso nell'ambito della normale attività del servizio Il tutto nel rispetto di quanto stabilito dal D.lgs. 196/03.

Lì, ……

FIRMA

……

Casa di Riposo "Santa Maria della Misericordia"	Via Trieste, 97 Montespertoli (FI)	**DOMANDA AMMISSIONE POSTI NON CONVENZIONATI**

SINTESI SITUAZIONE SOCIO-SANITARIA
(scheda a cura del medico)

Cognome e Nome _____ _____

CAMMINA SI [ ] NO [ ]
da solo SI [ ] NO [ ]
con aiuto SI [ ] NO [ ]
con mazza SI [ ] NO [ ]
è in carrozzina SI [ ] NO [ ]

ALIMENTAZIONE
mangia da solo SI [ ] NO [ ]
va imboccato SI [ ] NO [ ]
cibi tritati SI [ ] NO [ ]

INCONTINENTE PER FECI ED URINE
SI [ ] NO [ ]

PORTA IL CATETERE VESCICALE
SI [ ] NO [ ]

SONNO REGOLARE SI [ ] NO [ ]

ABBIGLIAMENTO
si veste da solo SI [ ] NO [ ]
si veste con aiuto SI [ ] NO [ ]

SI LAVA DA SOLO SI [ ] NO [ ]
mani e viso SI [ ] NO [ ]
igiene intima SI [ ] NO [ ]
bagno SI [ ] NO [ ]

STATO PSICHICO
lucido SI [ ] NO [ ]
confuso SI [ ] NO [ ]

CARATTERE
socievole SI [ ] NO [ ] -
depresso SI [ ] NO [ ] -
autoritario SI [ ] NO [ ] -
mite SI [ ] NO [ ]
aggressivo SI [ ] NO [ ]

EVENTUALI ALLERGIE PRESENTI SI [ ] NO [ ]
Se si a cosa _____ _____
_____

PRINCIPALI MALATTIE e patologie_____
_____
_____
_____

PRESENZA FERITE/DECUBITI SI [ ] NO [ ] _____
_____

MALATTIE INFETTIVE in atto:_____
_____

AUTOSUFFICIENTE SI [ ] NO [ ]

Note:
_____
_____

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO

_____

DOCUMENTI DA PORTARE AL MOMENTO DELL'AMMISSIONE:

1) Fotocopia libretto sanitario

2) Fotocopia Codice Fiscale

3) Fotocopia documento di identità ed eventuale patente di guida

4) Fotocopia eventuale certificato di invalidità

5) Fotocopia eventuali esenzioni da ticket sanitario

6) _____