



MOD. CDS\_1

## DOMANDA D'AMMISSIONE NELLA RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE "VILLA FIAMMETTA"

Il Sig./ Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
 a \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
 in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
 recapiti telefonici: telefono fisso \_\_\_\_\_ telefono cell. \_\_\_\_\_

**CHIEDE** in qualità di \_\_\_\_\_  
 di poter inserire in lista d'attesa per essere accolto/a in qualità di Ospite la seguente persona:

Il Sig./ Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
 a \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
 in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
 Nazionalità \_\_\_\_\_ ATS di Residenza \_\_\_\_\_  
 Numero d'identificazione Tessera Sanitaria (Carta Regionale dei Servizi) \_\_\_\_\_

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<b>TIPO RICHIESTA DI RICOVERO</b>	<input type="radio"/> Ricovero ordinario <input type="radio"/> Ricovero temporaneo (specificare) da _____ a _____
<b>SITUAZIONE ALLA DATA DELLA RILEVAZIONE</b>	<input type="radio"/> A Domicilio senza alcuna assistenza <input type="radio"/> A Domicilio con assistenza domiciliare <input type="radio"/> A Domicilio con frequenza struttura diurna <input type="radio"/> Ricoverato presso _____
<b>SITUAZIONE ABITATIVA (AL DOMICILIO)</b>	<input type="radio"/> Nubile/celibe <input type="radio"/> Sposato/a <input type="radio"/> Vedovo/a <input type="radio"/> Senza figli <input type="radio"/> Con figli (specificare) _____
	<input type="radio"/> Vive solo/a <input type="radio"/> Vive solo/a, assistito da badante <input type="radio"/> Vive con familiari/conviventi (specificare) _____
<b>INVALIDITA'</b>	<input type="radio"/> Nessuna <input type="radio"/> Percentuale _____ %
<b>INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO</b>	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Pratica in itinere
<b>SITUAZIONE PENSIONISTICA</b> Indicare pensione prevalente _____	<input type="radio"/> Nessuna pensione <input type="radio"/> Pensione sociale <input type="radio"/> Pensione anzianità/vecchiaia <input type="radio"/> Pensione di invalidità <input type="radio"/> Pensione di reversibilità <input type="radio"/> Altre (guerra, infortunio sul lavoro, ecc.)

### Documenti da allegare alla domanda:

- Carta d'Identità
- Carta Regionale dei Servizi
- Tesserino esenzioni
- Certificazione di Residenza
- Scheda d'inserimento (Medico + Familiare/Caregiver)

Data \_\_\_\_\_

Firma Compilatore \_\_\_\_\_