



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 identificativo (Carta Regionale dei Servizi) n 20 numeri _____

TIPO RICHIESTA DI RICOVERO	<input type="checkbox"/> Ricovero ordinario <input type="checkbox"/> Ricovero temporaneo (specificare) dal _____
SITUAZIONE ALLA DATA DELLA RILEVAZIONE	<input type="checkbox"/> A Domicilio senza alcuna assistenza <input type="checkbox"/> A Domicilio con assistenza domiciliare <input type="checkbox"/> A Domicilio con frequenza struttura diurna <input type="checkbox"/> Ricoverato presso _____
SITUAZIONE ABITATIVA (AL DOMICILIO)	<input type="checkbox"/> Nubile/celibe <input type="checkbox"/> Sposato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a <input type="checkbox"/> Senza figli <input type="checkbox"/> Con figli (specificare) _____
	<input type="checkbox"/> Vive solo/a <input type="checkbox"/> Vive solo/a, assistito da badante <input type="checkbox"/> Vive con familiari/conviventi (specificare) _____
TITOLO DI STUDIO	<input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> licenza elementare <input type="checkbox"/> Scuola media inf. <input type="checkbox"/> Scuola media sup. <input type="checkbox"/> laurea
INVALIDITA'	<input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/> Percentuale 100%
INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pratica in itinere
SITUAZIONE PENSIONISTICA Indicare pensione prevalente _____	<input type="checkbox"/> Nessuna pensione <input type="checkbox"/> Pensione sociale <input type="checkbox"/> Pensione anzianità/vecchiaia <input type="checkbox"/> Pensione di invalidità <input type="checkbox"/> Pensione di reversibilità <input type="checkbox"/> 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 _____