



## ***DOMANDA DI AMMISSIONE***

\_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_  per proprio conto  per conto di:

sig./sig.ra \_\_\_\_\_

nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

### ***CHIEDE L'ACCOGLIENZA PRESSO:***

***LA CASA PER ANZIANI "don Giuseppe Allievi"***

***IL CENTRO DIURNO INTEGRATO "don Giuseppe Allievi"***

### ***D I C H I A R A:***

- di essere in possesso del seguente titolo di studio \_\_\_\_\_

- dei seguenti trattamenti pensionistici \_\_\_\_\_

- di avere svolto, precedentemente alla pensione, la seguente attività:

\_\_\_\_\_

### ***S I I M P E G N A:***

- al puntuale pagamento della retta mensile entro il giorno 10 del mese: **anticipata per la casa per anziani, posticipata per il centro diurno;**

- a riconoscere a proprio carico le eventuali spese straordinarie (es. trasporto per ricovero in Ospedale, spese funerarie ecc.);



Allievi"

- ad accettare orari e trattamento vigenti presso la struttura;
- a rispettare ed osservare tutte le norme statutarie e regolamentari in vigore.

***INOLTRE ACCETTA LE SEGUENTI CLAUSOLE:***

**CASA PER ANZIANI:**

- in caso di peggioramento delle condizioni generali, si autorizza la stessa Azienda Speciale al trasferimento nell'apposito reparto e ad applicarne la retta in vigore;
- in caso di ammissione la residenza dell'ospite verrà trasferita presso la casa per anziani, salvo motivata richiesta;

**NORME COMUNI ALLA CASA PER ANZIANI E AL CENTRO DIURNO INTEGRATO:**

- in caso di ammissione con pagamento della retta di ospitalità a carico del comune di provenienza, si obbliga a far pervenire la relativa impegnativa a firma del Sindaco e copia della delibera della Giunta Comunale;

***ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI:***

- certificato di residenza (se residente nel comune di Alzate Brianza);
- scheda conoscitiva delle condizioni psico/fisiche (allegata);
- certificato medico in data non antecedente ai due mesi;
- copia carta identità, codice fiscale e tessera sanitaria.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_



## OBBLIGAZIONE DI PAGAMENTO DEI FAMILIARI RESPONSABILI TENUTI PER LEGGE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Relazione di parentela \_\_\_\_\_ residente a

\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Relazione di parentela \_\_\_\_\_ residente a

\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Relazione di parentela \_\_\_\_\_ residente a

\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Relazione di parentela \_\_\_\_\_ residente a

\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

**Si impegna/impegnano a provvedere al pagamento della retta per l'ospitalità del sig./sig.ra**

\_\_\_\_\_

Con versamento di rate mensili anticipate, salvo conguaglio, a seguito di modifiche delle rette

L'impegno assunto si intende trasmesso in via ereditaria.

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_



## SCHEDA CONOSCITIVA DELLE CONDIZIONI PSICO/FISICHE

Nome e cognome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

(Barrare la voce che interessa)

### MOTILITA':

cammina da solo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
necessita di carrozzina?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
è allettato?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
si veste da solo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
mangia da solo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
si lava da solo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
utilizza da solo i servizi igienici?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

### SENSORIO:

cecità	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
sordità	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
mutismo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

### PSICHE:

integra?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
se NO:		
sa dire che giorno è oggi?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
sa dire dove si trova?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ha episodi di agitazione?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ha disturbi della memoria?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

### CONTINENZA SFINTERI:

incontinenza urinaria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
portatore di catetere	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
incontinenza fecale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

### FIRMA DI UN PARENTE O DI CHI NE HA CURA

\_\_\_\_\_

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_



## RETTE GIORNALIERE IN VIGORE

### *CASA PER ANZIANI*

<b>RESIDENTI NEL COMUNE</b> (per un periodo di residenza di almeno 5 anni, anche se non consecutivi, calcolato sugli ultimi 20 anni presso Alzate Brianza)	<b>€ 68,00</b>
<b>NON RESIDENTI NEL COMUNE</b>	<b>€ 72,00</b>

### CDI

<i>Retta unica</i> <i>(Esclusa cena)</i>	<i>Spese di trasporto (non residenti) € 3,00</i>
<b>€ 35,00</b>	<i>Spese di trasporto (residenti) € 1,00</i>

All'atto dell'iscrizione al centro diurno, l'utente si impegna a corrispondere, anche in caso di mancata frequenza, una franchigia minima mensile di euro 150,00.



## DICHIARAZIONE

Io sottoscritto/a (parente) \_\_\_\_\_

Con la presente autorizzo il personale sanitario della casa per anziani e centro diurno integrato "don Giuseppe Allievi" di Alzate Brianza ad utilizzare, qualora lo ritengano opportuno, ausili necessari e sufficienti per l'incolumità del familiare:

sig./sig.ra \_\_\_\_\_

Al fine di evitare lesioni a sé e agli altri.

Quanto sopra nel rispetto degli ospiti e per i tempi ritenuti utili.

Alzate Brianza,

in fede

\_\_\_\_\_



## **TRATTAMENTO DATI PERSONALI -INFORMATIVA AL PAZIENTE (Art. 13 - D.Lgs. 30.06.03, n. 196)**

**Gentile Ospite/Utente/Parente**

Desideriamo informarLa, in ossequio all'art. 13 del D.lgs. 30.06.03, n° 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", che i Suoi dati personali rappresentati da dati anagrafici e sullo stato di salute sono oggetto di trattamento da parte dell'Azienda Speciale del Comune di Alzate Brianza in termini di raccolta, registrazione, conservazione sia con l'ausilio di mezzi elettronici che manualmente (su supporti cartacei) ai fini di tutela della Sua salute e per la gestione delle attività amministrative di supporto all'attività sanitaria e per gli aspetti sociali. I dati sono custoditi e controllati con l'adozione di misure di sicurezza ai sensi degli art. 31 eseguenti del D.Lgs 30.06.03, n° 196.

La gestione dei dati è indispensabile all'Azienda Speciale del Comune di Alzate Brianza per poter svolgere le suddette attività rientranti o connesse al proprio fine istituzionale.

Qualora non fosse chiaro quanto richiesto, prima di esprimere per iscritto la propria volontà e firmare la dichiarazione, può rivolgersi, per ulteriori spiegazioni, al personale competente.

**F.to LA DIREZIONE SANITARIA**



### MODULO DI CONSENSO (per proprio conto)

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

ospite presso la casa di Riposo "Don G.Allievi", informato/a sui contenuti del D.Lgs 30/06/03 n. 196  
"Codice in materia di protezione dei dati personali"

esprime il proprio consenso ed autorizza al trattamento dei propri dati personali, esclusivamente ai fini  
di: diagnosi, cura, prevenzione e ricerca - in quest'ultimo caso resi assolutamente anonimi - il personale  
medico, paramedico, infermieristico e amministrativo.

Autorizza, inoltre, i medici curanti a rilasciare notizie sul proprio stato di salute a:

NOME	COGNOME	GRADO DI PARENTELA
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### MODULO DI CONSENSO (amministrati)

Il sottoscritto avente titolo,  
(parente) nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_  
informato/a sui contenuti del D.lgs. 30/06/03 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati  
personali", esprime il consenso ed autorizza al trattamento dei dati personali dell'incapace,  
sig./sig.ra \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

ospite presso la Casa di Riposo "Don G.Allievi", esclusivamente ai fini di: diagnosi, cura, prevenzione  
e ricerca - in quest'ultimo caso resi assolutamente anonimi - il personale medico, paramedico,  
infermieristico e amministrativo.

Autorizza, inoltre, i medici curanti a rilasciare notizie sullo stato di salute del paziente a:

NOME	COGNOME	GRADO DI PARENTELA
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





## MODULO DI CONSENSO (per il servizio di animazione )

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Ospite/Utente

familiare \_\_\_\_\_ dell'Ospite/Utente, \_\_\_\_\_ sig./sig.ra

\_\_\_\_\_

## AUTORIZZO

la raccolta di informazioni e documenti relativi alla storia dell'Ospite/Utente;

l'esecuzione di foto e/o riprese amatoriali;

l'uscita dalla struttura per attività ricreative e/o culturali;

altre uscite dalla struttura sempre accompagnato/a da un operatore.

data

firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



### **Esami richiesti**

#### **(Data non antecedente ai due mesi):**

1) VES, EMOCROMO, AZOTEMIA, CREATININEMIA, GLICEMIA, ELETTROFORESI, URICEMIA, TRANSAMINASI, BILIRUBINEMIA TOT. E FRAZ. FOSFATASI ALCALINA, GAMMA GT, PT, ELETTROLITI, HBV, HCV, VDRL, HIV, URINE COMPLETO, EVENTUALE DOSAGGIO FARMACI "RANGE TERAPEUTICO": DIGOSSINEMIA, TEOFILLINEMIA, BARBITURICI.

PER PAZIENTI AFFETTI DA NEOPLASIE: EVENTUALI MARKERS

2) MANTOUX (Certificazione rilasciata da struttura pubblica).

3) ELETTROCARDIOGRAMMA.

4) RX TORACE.

### **ESEMPIO DI CORREDO MINIMO NECESSARIO PER L'INGRESSO**

- N. 12 PAIA CALZINI COTONE/LANA/NYLON
- N. 12 PAIA MUTANDE se utilizzate
- N. 6 MAGLIE O CANOTTIERE COTONE BIANCO
- N. 6 MAGLIE O CANOTTIERE MISTO LANA
- N. 6 PIGIAMI O CAMICE DA NOTTE
- N. 3 REGGISENI (DONNE) se utilizzati
- N. 1 VESTAGLIA DA CAMERA
- N. 4 TUTE DA GINNASTICA O ABBIGLIAMENTO COMODO
- N. 12 FAZZOLETTI DI STOFFA
- N. 2 GOLFINI COTONE O LANA
- N. 2 PAIA SCARPE COMODE
- N. 1 PAIO DI CIABATTE

N. 1 BUSTA CONTENENTE: SPAZZOLINI,  
DENTIFRICIO, CONTENITORE PER PROTESI,  
PETTINE, SPAZZOLA, DEODORANTE O PROFUMO,  
RASOIO ELETTRICO (UOMINI).

N.B.: SI POSSONO PORTARE I PROPRI  
ASCIUGAMANI CHE DEVONO ESSERE  
CONTRASSEGNA TI; IN CASO L'OSPITE NE  
SIA SPROVVISTO LA STRUTTURA  
FORNISCE GIORNALMENTE GLI  
ASCIUGAMANI PULITI.





Allievi"

Gentile cliente,

A seguito di una nuova procedura inoltrata dalla Regione Lombardia, Le chiediamo cortesemente di restituirci, debitamente compilata, la presente scheda informativa.

**Dati Ospiti:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

N° figli maschi \_\_\_\_\_ N° figli femmine \_\_\_\_\_ Stato civile \_\_\_\_\_

**1. Posizione nella professione al momento dell'ingresso: (barrare la casella interessata)**

- Se attualmente non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito – pensionato (che ha lavorato)
- Se attualmente non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito – invalido – inabile (anche se pensionato)
- Se attualmente non lavora ma ha svolto un lavoro retribuito – casalinga (che ha svolto lavoro retribuito)
- Se non ha mai svolto lavoro retribuito – casalinga (che non ha mai svolto lavoro retribuito anche se con pensione)
- Se non ha mai svolto lavoro retribuito – invalido – inabile (che non ha mai svolto lavoro retribuito)
- Se non ha mai svolto lavoro retribuito – altro
- Se attualmente non lavora ma ha svolto lavoro retribuito – altro

**2. Situazione pensionistica: (barrare la casella interessata)**

- Nessuna pensione
- Anzianità / vecchiaia
- Sociale



Allievi"

- Tipologia speciale (guerra, infortunio sul lavoro etc..)
- Reversibilità  SI -  NO
- Invalidità  SI percentuale \_\_\_\_\_ -  NO

**3. Tipo di studio: (barrare la casella interessata)**

- Nessun titolo di studio (analfabeta)
- Licenza elementare
- Licenza di scuola media inferiore e/o avviamento
- Scuola professionale
- Diploma di scuola superiore
- Laurea

**4. Assegno di accompagnamento: (barrare la casella interessata)**

- SI se a conoscenza indicare la data di ottenimento \_\_\_\_\_
- NO

**5. Dove si trova al momento della domanda (domicilio, ospedale, altra struttura):**

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma (di chi compila) \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_