



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 congruaglio, a seguito di modifiche delle rette

L'impegno assunto si intende trasmesso in via ereditaria.

_____ lì _____



SCHEMA CONOSCITIVA DELLE CONDIZIONI PSICO/FISICHE

Nome e cognome _____ nato/a a _____

Il _____ residente a _____ via _____

(Barrare la voce che interessa)

MOTILITA':

cammina da solo?	☐ SI	☐ NO
necessita di carrozzina?	☐ SI	☐ NO
è allettato?	☐ SI	☐ NO
si veste da solo?	☐ SI	☐ NO
mangia da solo?	☐ SI	☐ NO
si lava da solo?	☐ SI	☐ NO
utilizza da solo i servizi igienici?	☐ SI	☐ NO

SENSORIO:

cecità	☐ SI	☐ NO
sordità	☐ SI	☐ NO
mutismo	☐ SI	☐ NO

PSICHE:

integra?	☐ SI	☐ NO
se NO:		
sa dire che giorno è oggi?	☐ SI	☐ NO
sa dire dove si trova?	☐ SI	☐ NO
ha episodi di agitazione?	☐ SI	☐ NO
ha disturbi della memoria?	☐ SI	☐ NO

CONTINENZA SFINTERI:

incontinenza urinaria	☐ SI	☐ NO
portatore di catetere	☐ SI	☐ NO
incontinenza fecale	☐ SI	☐ 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

RESIDENTI NEL COMUNE (per un periodo di residenza di almeno 5 anni, anche se non consecutivi, calcolato sugli ultimi 20 anni presso Alzate Brianza)	€ 71,00
NON RESIDENTI NEL COMUNE	€ 75,00

CDI

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



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 _____