



PRIMO PROTOCOLLO

RINNOVI

N°	R1	N°	R2	N°	R3	N°
DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA	DATA

Dati del diretto interessato:

Cognome			
Nome			
Data di Nascita			Sesso
Luogo di nascita	Cap	Prov.	
Residenza	Via		
	Comune	Cap	Prov.
Telefono			
E-mail			
Codice Fiscale			
Medico Curante			
Stato Civile			
Cognome – Nome coniuge (da indicare anche in caso di vedovanza)			

Dati di chi inoltra la domanda (se diverso dall'Interessato)

Cognome			
Nome			
Data di Nascita			Sesso
Luogo di nascita	Cap	Prov.	
Residenza	Via	N.	
	Comune	Cap	Prov.
Telefono			
E-mail			
Codice Fiscale			
In qualità di	<input type="checkbox"/> Prossimo congiunto	<input type="checkbox"/> Amministratore di Sostegno	<input type="checkbox"/> Legale Rappresentante
	<input type="checkbox"/> Altro (Specificare)		

Si richiede valutazione per la definizione di progetto residenziale, sulla base dei livelli assistenziali previsti nella struttura, indicati nell'allegato "02 R-C prospetto rette in vigore", in regime assistenziale

 NON CONVENZIONATO DGR 233080/21 CONVENZIONATO

Fascia

A tal fine il dichiarante:

 SI IMPEGNA a prendere visione della Carta dei Servizi, Del Codice Etico e del Regolamento Interno DICHIARA di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali allegata alla presente modulistica

**DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:**

- copia della carta d'identità e codice fiscale dell'interessato
- copia del verbale di invalidità civile
- copia della carta d'identità e codice fiscale di chi presenta la domanda (se diverso dall'interessato)

CONTATTI

Gli interpellati in caso di disponibilità di posto avvengono tramite i recapiti indicati dal richiedente.

Si invita per tanto ad una attenta e dettagliata compilazione della sezione che segue.

Se indicato, l'indirizzo di posta elettronica verrà utilizzato per la notifica dell'interpello.

In caso di irreperibilità/mancata risposta all'interpello, la domanda viene automaticamente riprotocollata dopo 24 ore dal primo tentativo di contatto.

Cognome				
Nome				
Grado di parentela				
Residenza	Via			
	Cel. 1		Cel. 2	
Contatti	Fisso Abitazione		Fisso Lavoro	
	E-mail			

Cognome				
Nome				
Grado di parentela				
Residenza	Via			
	Cel. 1		Cel. 2	
Contatti	Fisso Abitazione		Fisso Lavoro	
	E-mail			

Cognome				
Nome				
Grado di parentela				
Residenza	Via			
	Cel. 1		Cel. 2	
Contatti	Fisso Abitazione		Fisso Lavoro	
	E-mail			

La valutazione dei requisiti di ammissibilità della domanda da parte dell'Equipe pluridisciplinare interna, è preliminare all'effettivo inserimento residenziale dell'interessato in Struttura.

Data ____/____/____

Firma del diretto Interessato (ove possibile)

Firma di chi presenta la Domanda (se diverso dall'interessato)

Firma del Responsabile del processo (o delegato)