* All’Unione dei Comuni Alta Sabina
* Al Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Al PUA

RICHIESTA DI AMMISSIONE PRESSO IL CENTRO DIURNO ALZHEIMER SITO IN FARA SABINA

ANAGRAFICA UTENTE

Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_\_\_\_| Nato/a a.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

N° Tessera Sanita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente Città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio (solo se diverso da residenza): Città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono utente |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

RICHIEDE

Che il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_\_\_\_| Nato/a a.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Residenza: Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio (solo se diverso da residenza): Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medico Curante Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sia ammesso/a alla frequenza presso il Centro Diurno Alzheimer nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ai sensi dell’art 46, 71, 75 e 76 legge 28.12.200 n. 445 “testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materie di documentazione amministrativa”

DICHIARA

Che il nucleo famiglia convivente con il richiedente è così composto:

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Nominativo  | Relazione Di Parentela | Recapiti  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

ALTRI PARENTI NON CONVINVENTI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nominativo  | Relazione Di Parentela | Recapiti  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

PRESA IN CARICO DEI SERVIZI SOCIALI

|  |  |
| --- | --- |
| Assistente sociale di riferimento |  |
| Comune |  |

* Di essere a conoscenza che in caso di mancata disponibilità dei posti la domanda sarà inserita nell'apposita lista d'attesa;
* Di essere a conoscenza del fatto che l'ammissione punitive strutture subordinata un periodo di accertamento della durata non inferiore ai 15 giorni di presenza punto;
* Di essere a conoscenza nel fatto che sarà possibile richiedere un aggiornamento della valutazione in multidisciplinari sia richiesto dall'equipe del centro diurno;
* Di essere a conoscenza del fatto che le dimissioni dell'utente possono avvenire per il sopraggiungere di condizioni di incompatibilità tra le caratteristiche del servizio erogato ed il quadro sintomatologico dell'utente;

Documenti da allegare obbligatorio per validare la domanda;

* Valutazione sanitaria a cura dell’Unità Valutativa Alzheimer (Centro U.V.A.) della ASL, non antecedente a 6 mesi, con diagnosi dalla quale risulti l’idoneità di frequenza del centro (art. 1 regolamento) “diagnosi demenza lieve o moderata” in base al MMSE somministrato al paziente con un punteggio nel Clinical Demential Rating Scale da 0 a 2;
* Copia documento d’identità del paziente e del tutore, curatore o amministratore di sostegno o copia della procura;
* Copia di eventuale provvedimento di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno o copia della procura (se la domanda è presentata dal Rappresentante Legale).

Data Il richiedente