

ALLEGATO 5 - SCHEDA DI PROPOSTA DI ACESSO AI SERVIZI TERRITORIALI
(parte generale da compilare dal richiedente/familiare o persona autorizzata)

Richiedente:

Cognome _____ Nome _____
 Residente _____ Via _____
 Sesso: M F Documento C.I. - Patente _____
 Tel. Casa _____ cell. _____
 In qualità di: Sé stesso Familiare/affine (grado di parentela) Sogg. Civit. obbltg.
 Assistente sociale MMG Med. Osped.

Assistito:

Cognome _____ Nome _____ C.F. _____
 Sesso: M F nat. a _____ il ____/____/____
 Residente _____ Via _____
 Domiciliato/a _____ Via _____ Tel. _____
 Stato civile:
 Coniugato Separato Divorziato Vedovo/a Celibe/Nulla Non dichiarato
 Convivenza:
 Solo Con figli Con coniugé Con parenti Con altri Con coniugé e figli
 Titolo di studio:
 Nessuno Lic. elem. Lic. media inf. Diploma media sup. Diploma univers. Laurea Non dich.
 Abitazione:
 Di proprietà In affitto al piano N° _____ (solo se l'abitazione è priva di ascensore)

Motivo della richiesta:

Perdita di autonomia Stabilizzazione stato clinico Insufficienza del supporto Familiare
 Solitudine Alloggio non idoneo Altra motivazione (specificare) _____

Provenienza dell'Assistito:

Abitazione Struttura protetta socio-sanitaria Struttura sociale Struttura Ospedaliera
 Struttura di riabilitazione Altro _____
 Al momento della domanda l'Assistito è ricoverato presso: _____

Servizio richiesto:

Servizio assistenziale Residenziale Cure domiciliari integrate
 Cure domiciliari palliative Servizio socio-assistenziale Domiciliare

Natura del bisogno:

Riabilitativo Psicologico Infermieristico Sociale Medico di base Medico specialistico
 Altro _____

Firma _____

CONSENSO INFORMATO - Si autorizza l' trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs 196/2003 SI NO

Luogo e Data _____ Firma _____