

Richiesta di inserimento presso le strutture residenziali

Data _____

da compilarsi a cura dell'ente inviante e/o del familiare/tutore/amministratore di sostegno

Il/la sottoscritto/a cognome _____ nome _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

tel. _____ e-mail _____

in qualità di _____

CHIEDE L'INSERIMENTO PRESSO

- CSS IL SOLE
- MINI ALLOGGI RAGGI DI SOLE 1 e 2

per il/la Sig. /Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ prov _____

in via _____

codice fiscale: _____

percentuale invalidità _____

A tal fine, in allegato, si forniscono le informazioni necessarie per la valutazione della richiesta.
 Allegati:

- All. 1 – “Anamnesi sociale”
- All. 2 – “Anamnesi sanitaria”
- All. 3 – “Elenco dei documenti da produrre al momento dell’inserimento”
- Altri allegati (specificare) _____

In fede

All. 1

Da compilarsi a cura dell'ente inviante e/o del familiare/tutore/amministratore di sostegno

Anamnesi sociale

Informazioni anagrafiche utente/ospite

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Stato civile _____
Comune Provincia

Residente a _____ (CAP _____)

Via _____ n° _____

Codice fiscale _____ Cittadinanza _____

Attuale collocazione

Composizione del nucleo familiare

(specificare nome e cognome, luogo e data di nascita, grado di parentela e recapito telefonico)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Indirizzo della famiglia _____

Recapito altri familiari e persone di riferimento

(specificare nome e cognome, luogo e data di nascita, grado di parentela e recapito telefono)

1. _____

2. _____

3. _____

Diagnosi sanitaria

Situazione giuridica

Interdizione SI NO

Tutore (dati anagrafici e recapiti completi)

Amministrazione di sostegno SI NO

Amministratore di sostegno (dati anagrafici e recapiti completi)

Inabilitazione SI NO

Curatore (dati anagrafici e recapiti completi)

Informazioni significative sul contesto socio-familiare

Scolarizzazione:

- non concluso obbligo
- concluso obbligo (anno:)
- formazione professionale
- scuola superiore
- scuola universitaria
- laurea
- non nota

Attività post – scuola:

- nessuna
- CSE/CDD
- SFA
- tirocinio lavoro
- lavoro
- altro

Altre informazioni utili (es. esperienze di integrazione sociale, inserimenti in altre strutture, frequenza ambiti di volontariato, parrocchiale, altro)

Attività prima dell'inserimento:

- nulla/pensionato
- lavoratore
- studente

Situazione pensionistica:

- Invalidità civile
- Indennità di accompagnamento
- Sociale
- Anzianità
- Reversibilità
- Infortunio sul lavoro



Altro (specificare) _____

Motivo della richiesta di inserimento e obiettivi del progetto



Servizi di riferimento



Servizio Sociale comunale (indirizzo e recapito del servizio)

Operatori referenti (nome, qualifica, recapito)



Servizio distrettuale ASL - Area della disabilità (indirizzo e recapito del servizio)

Operatori referenti (nome, qualifica, recapito)



U.O.N.P.I.A. (indirizzo e recapito del servizio)

Operatori referenti (nome, qualifica, recapito)

Medico di Base (indicare nome e recapito)

Altro (specificare la tipologia del servizio, indirizzo, recapito e operatori referenti)

Compilato da **operatore** **famigliare**

data _____

INFORMATIVA per la TUTELA della PRIVACY (Regolamento UE 679/2016 e successive modifiche ed integrazioni)

Ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016, si informa che i dati raccolti saranno utilizzati da CENTRO PROGETTI EDUCATIVI Società Cooperativa Sociale, titolare del trattamento, al fine di adempiere alle esigenze contrattuali, ed ai conseguenti adempimenti degli obblighi legali e fiscali, nonché per consentire una efficace gestione dei rapporti finanziari e commerciali. I dati forniti saranno trattati con il consenso espresso dell'interessato, con modalità sia manuale che informatica/elettronica dal nostro Personale autorizzato al trattamento; saranno conservati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi contrattuali; non saranno oggetto di alcuna diffusione né trasferimento verso Paesi Terzi non appartenenti all'Unione Europea; potranno essere comunicati, previo suo consenso, unicamente per le finalità esposte. I dati degli interessati sono trattati in maniera lecita e corretta, adottando le opportune misure di sicurezza volte ad impedire accessi non autorizzati, divulgazione, modifica o distruzione non autorizzata dei dati. Per i diritti riservati all'interessato dalla Legge si rimanda al disposto di cui agli artt. da 15 a 22 del Regolamento UE 679/2016. Del pari, l'interessato ha la possibilità di revocare il consenso in qualsiasi momento nonché di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le procedure e le indicazioni pubblicate sul sito web ufficiale dell'Autorità (art. 77 Regolamento UE 679/2016) qualora ritenga che vi sia un problema nella modalità di gestione dei dati personali. Responsabile della Protezione Dati, ai sensi dell'art. 37 del Regolamento UE 2016/679, è l'avv. Francesco Tagliabue, con Studio in Como, Piazzale Gerbetto n. 6; mail francesco.tagliabue@legaliassociati.it - pec: francesco.tagliabue@como.pecavvocati.it - tel.+39.031.262591 - fax. 031.279179.

Data _____

Firma _____

AII. 2

Anamnesi sanitaria - Profilo clinico funzionale

(da compilarsi a cura del medico di base o altri medici specialisti)

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____

Diagnosi attuale



Anamnesi clinica



Problematiche psicopatologiche ed aspetti comportamentali



Terapia farmacologica attuale (nome del farmaco e posologia)



Malattie infettive pregresse

Malattie infettive in atto

Indicazioni per: diete speciali, intolleranze e/o allergie alimentari e farmacologiche

Dieta specifica: SI NO

Presenta problemi di deglutizione: SI NO

Necessita di cibi:

- spezzettati
- tritati
- frullati



Protesi dentaria: SI NO

Presenta alterazioni del sonno: SI NO

Se sì, specificare: _____



Presenta incontinenza sfinterica: SI NO

Se sì, specificare: _____



Utilizza ausili per l'incontinenza: SI NO

Utilizza ausili/presidi (scarpe ortopediche, deambulatori, carrozzina, caschetto paracolpi, ecc.)
SI NO



(se sì, specificare tipo e modalità d'uso)



allegare eventuale copia della prescrizione del medico fisiatra.

N.B. allegare fotocopia della documentazione clinica

Dott: _____

TIMBRO E FIRMA _____ data _____

ALL. 3

Elenco dei documenti da produrre al momento dell'inserimento

Documenti personali dell'ospite:

- Tessera S.S.N.
- Tessera di esenzione ticket
- Carta d'identità
- fotocopia del verbale di invalidità civile
- fotocopia del certificato di gravità ai sensi della L.104/92
- fotocopia del decreto di nomina di interdizione e/o inabilitazione e/o amministrazione di sostegno

Documentazione sanitaria:

- eventuali fotocopie di cartelle cliniche, referti specialistici e relazioni cliniche, riguardanti lo stato di salute generale dell'ospite
- Anamnesi sanitaria (attraverso la compilazione dell'allegato 2 al presente modulo);
- Relazioni educative redatte dai servizi di provenienza
- esami ematochimici e strumentali recenti sotto elencati
- TERAPIA FARMACOLOGICA in corso, su prescrizione medica, (con indicazione dell'esatta posologia ed orari di somministrazione)
- segnalazione medica di EVENTUALI ALLERGIE farmacologiche e non

N.B. GLI ESITI DEGLI ESAMI E LA POSOLOGIA DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO VANNO TASSATIVAMENTE CONSEGNATI IN STRUTTURA ENTRO E NON OLTRE 15 GG PRIMA DELL'INGRESSO.

Esami richiesti al momento dell'ingresso nelle strutture residenziali:

- Mantoux (per tubercolosi)
- Rx torace (tale esame deve essere stato eseguito entro l'anno precedente l'ingresso nella struttura)
- Visita cardiologica + ECG (tale esame deve essere eseguito entro l'anno precedente l'ingresso nella struttura)

Esami ematochimici (effettuati entro i 6 mesi antecedente l'ingresso in struttura) tra cui:

- Azotemia
- Creatinemia
- Glicemia
- Colesterolemia tot hdl
- Emocromo + f + pts
- Sideremia
- Esame urine completo
- Elettroliti
- Sgot e sgpt
- Uricemia
- Bilirubinemia
- Anti HIV
- HbsAg
- HcvAb
- Marker HBV – HCV - HAV
- Protidogramma
- Coprocultura

Nei 3 mesi precedenti l'ingresso in struttura **in base alla terapia farmacologica in atto**

- Acido Valproico
- Barbituremia
- Carbamazepinemia