

In allegato alla dichiarazione di
Codice fiscale



Comunicazione della scheda di valutazione sociale

Il sottoscritto

| | | | | | | | | | | |
|--------------------|--------|----------------|------------------|-----------------------------|----------------|---------|-------------------------------|-------|------------------------------|-----|
| Cognome | | Nome | | | Codice Fiscale | | | | | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza | | | | | |
| Residenza | | Indirizzo | | | Civico | Barrato | Scala | Piano | SNC <input type="checkbox"/> | CAP |
| Provincia | Comune | | | | | | | | | |
| Telefono cellulare | | Telefono fisso | | Posta elettronica ordinaria | | | Posta elettronica certificata | | | |

in qualità di

| | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Ruolo | |
| Nome e cognome assistente sociale | Specificare territorio di competenza |

Soggetto interessato

- per sè stesso
- per il seguente soggetto

| | | | | | | | | | | |
|-----------------|--------|-----------|------------------|--|----------------|---------|-------|-------|------------------------------|-----|
| Cognome | | Nome | | | Codice Fiscale | | | | | |
| Data di nascita | | Sesso | Luogo di nascita | | Cittadinanza | | | | | |
| Residenza | | Indirizzo | | | Civico | Barrato | Scala | Piano | SNC <input type="checkbox"/> | CAP |
| Provincia | Comune | | | | | | | | | |

in qualità di (*)

| |
|-------|
| Ruolo |
|-------|

In qualità di (*):
amministratore di sostegno, curatore, esercente responsabilità genitoriale, familiare, tutore legale

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

di usufruire attualmente dei seguenti servizi

- ADI
- SAD
- assistente familiare
- RSA aperta
- CDI
- altro

Specificare

che attualmente la persona vive in una delle seguenti opzioni

- condizione di solitudine
- in altra struttura
- altro

Specificare

che la nomina dell'interessato di cui beneficia è la seguente

- tutore
- curatore
- amministratore di sostegno
- pratica in corso per la nomina

Specificare nomina

i seguenti contatti

| Nome e cognome | Grado di parentela | Indirizzo | Recapito telefonico | Recapito e-mail |
|----------------|--------------------|-----------|---------------------|-----------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

- che l'interessato è informato della presentazione della domanda di ingresso RSA
- che l'interessato non è informato della presentazione della domanda di ingresso RSA

Specificare la motivazione

- che l'interessato ha partecipato alla scelta di ricovero
- che l'interessato non ha partecipato alla scelta di ricovero

- che l'interessato ha avuto precedenti ricoveri in altre R.S.A.

Luogo della precente R.S.A.

Dal

Al

Specificare il motivo dell'eventuale dimissione da altra R.S.A.

- che l'interessato non ha avuto precedenti ricoveri in altre R.S.A.

- i recapiti del medico di medicina generale

Nome

Cognome

Recapito telefonico

DICHIARA INOLTRE

- che le protesi e ausili in uso sono le seguenti

- deambulatore

- personale

- ASST

- materassino e cuscino antidecubito

- personale

- ASST

- letto ortopedico

- personale

- ASST

- presidio per incontinenza

- personale

- ASST

- altro

Specificare

- che l'abitazione è collegata nelle seguente zona

- zona isolata

- zona decentrata

- centro abitato

- che l'adeguatezza abitazione ha le seguenti caratteristiche

- barriere architettoniche

- nessuna

- solo esterne

- solo interne

- esterne ed interne

bagno

- interno
- esterno
- con supporti antiscivolo
- senza supporti antiscivolo

riscaldamento

- in tutti i locali
Specificare tipologia di impianto
- solo in alcuni locali
Specificare tipologia di impianto

che i motivi del ricovero sono i seguenti

- stato di salute
- solitudine
- problemi familiari
- problemi abitativi

- che i familiari sono disponibili a collaborare in eventuali progetti di rientro in famiglia
- che i familiari non sono disponibili a collaborare in eventuali progetti di rientro in famiglia

che i membri del proprio nucleo familiare originario sono i seguenti

| Nome e cognome | Grado di parentela | Luogo e data di nascita | Residenza attuale | Recapito telefonico |
|----------------|--------------------|-------------------------|-------------------|---------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| | | |
|---------------|------|----------------|
| Orio Al Serio | | |
| Luogo | Data | Il dichiarante |