

Oggetto: domanda di ammissione al centro diurno per diversamente abili

(da compilarsi a cura del familiare/tutore)

Il/la sottoscritto/a
nato/a a il residente a
in n. CAP tel.
email C.F.

CHIEDE

l'inserimento nel centro diurno per persone diversamente abili

per il/la sig./sig.ra in qualità di (indicare il grado di
parentela) Operatore Sociale di Riferimento

inserimento a tempo pieno
 inserimento a tempo parziale: mattina pomeriggio
 inserimento a tempo determinato dal al

Si allegano:

- ISEE ordinario in corso di validità
- certificato L. 104/1992
- certificato di invalidità
- certificato di disoccupazione
- Altro:

Si prende atto che i dati raccolti verranno trattati dal Comune di Tivoli - Titolare del Trattamento Dati, come descritto nell' informativa disponibile al seguente link: <http://comune.tivoli.rm.it/home/entrare/il-comune/privacy-responsabile-della-protezione-dei-dati/> resa ai sensi degli art. 13-14 del GDPR 2016/679 e dal D.Lgs 196/03 e s.m.i.

Luogo e Data

Firma

N.B. Il modulo va consegnato in uno degli URP o inviato con email a urp@comune.tivoli.rm.it o con PEC a info@pec.comune.tivoli.rm.it

ANAMNESI SOCIALE

INFORMAZIONI ANAGRAFICHE UTENTE

Nome e Cognome nato/a a il
 residente a in n.
 documento d'identità C.F.
 Attuale collocazione

COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE DELL'UTENTE

(per ogni componente indicare nome e cognome, data di nascita, grado di parentela)

Nome e Cognome	<input type="text"/>	nato/a il	<input type="text"/>	grado di parentela	<input type="text"/>
Nome e Cognome	<input type="text"/>	nato/a il	<input type="text"/>	grado di parentela	<input type="text"/>
Nome e Cognome	<input type="text"/>	nato/a il	<input type="text"/>	grado di parentela	<input type="text"/>
Nome e Cognome	<input type="text"/>	nato/a il	<input type="text"/>	grado di parentela	<input type="text"/>
Nome e Cognome	<input type="text"/>	nato/a il	<input type="text"/>	grado di parentela	<input type="text"/>
Nome e Cognome	<input type="text"/>	nato/a il	<input type="text"/>	grado di parentela	<input type="text"/>

Indirizzo di residenza del nucleo familiare
 Recapito telefonico del nucleo familiare

Recapito altri familiari e/o persone di riferimento

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

DIAGNOSI SANITARIA

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

SITUAZIONE GIURIDICA

Interdizione: si no

Tutore nato/a a il
 residente a in n.
 tel. email C.F.

Amministrazione di sostegno: si no

Amministratore di sostegno nato/a a il
 residente a in n.
 tel. email C.F.

Inabilitazione: si no

Curatore nato/a a il
 residente a in
 n. tel. email
 C.F.

SITUAZIONE SOCIALE

Informazioni sul contesto socio-familiare:

Scolarizzazione

conclusa scuola dell'obbligo formazione professionale (*indicare il tipo di istituto*)

scuola superiore (*indicare il tipo di scuola*)

laurea (*indicare facoltà e università*)

altro

Attività extra scolastiche/lavorative

Altre informazioni utili (esperienze di integrazione sociale, inserimenti in altre strutture, volontariato, parrocchiale, ecc.):

Attività attuale

nulla/pensionato lavoratore studente

Situazione pensionistica

invalidità civile indennità di accompagnamento sociale anzianità reversibilità infortunio sul lavoro altro:

--

Motivo della richiesta di inserimento e obiettivi del progetto

SERVIZI DI RIFERIMENTO

servizio sociale comunale

Operatori referenti (*nome e cognome, qualifica, recapito*)

servizio ASL - Area della disabilità

Operatori referenti (*nome e cognome, qualifica, recapito*)

medico di base (*nome e recapito*)

--	--

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

Compilato da:

operatore

familiare

Si prende atto che i dati raccolti verranno trattati dal Comune di Tivoli - Titolare del Trattamento Dati, come descritto nell' informativa disponibile al seguente link: <http://comune.tivoli.rm.it/home/entrare/il-comune/privacy-responsabile-della-protezione-dei-dati/> resa ai sensi degli art. 13-14 del GDPR 2016/679 e dal D.Lgs 196/03 e s.m.i.

Luogo e Data

Firma

--

Allegato 2
ANAMNESI SANITARIA

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

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: **si** **no**
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)

--

Compilato da (indicare nome e cognome e qualifica):

--	--

Luogo e Data

--

Firma
