

Fondazione Mantovani

in memoria di Ezia Mantovani

ONLUS

Residenza Sanitaria per Disabili “Progetto Diamante”

Via Silvio Pellico, 19 - 20020 Arconate (MI)

Tel. 0331 53.91.61

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra

Nato/a a	Prov.	il
Residente a	Prov.	Tel.
Via	n.	Stato civile

Chiede di poter abitare presso la RSD “Progetto Diamante”

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra

Nato/a a	Prov.	il
Residente a	Prov.	Tel.
Via	n.	
Residente a	Prov.	Tel.

In qualità di (indicare tutore/amministratore/grado di parentela)

Conferma la richiesta del proprio congiunto/assistito

a tal proposito dichiara

(barrare la casella corrispondente) di essere che il Sig. _____ è

– in carico al servizio sociale del Comune di _____

e di far riferimento all'Assistente Sociale _____ Tel _____

– in carico al medico di medicina generale _____ Tel _____

Altri specialisti _____

Dichiara inoltre di essere a conoscenza dell'impegno economico dovuto, così come da prospetto allegato.

Arconate, li _____

In fede _____

INFORMAZIONI UTILI RELATIVE ALLA PERSONA CON DISABILITA'

Posizione amministrativa

Carta d'identità n. _____ Codice fiscale n. _____

Tessera sanitaria _____ N. esenzione ticket _____

Invalidità civile riconosciuta il _____ percentuale _____

Indennità di accompagnamento _____ Legge 104 _____

Posizione giuridica

Interdizione Inabilitazione Amministrazione di sostegno

Nominativo referente legale _____

Nessuna nomina legale

Situazione pensionistica

Tipo di pensione _____ importo mensile _____

Tipo di pensione _____

Tipo di pensione _____

Altri redditi

_____ importo mensile _____

_____ importo mensile _____

Composizione nucleo familiare

Nome cognome	Data di nascita	parentela	professione	tel

Elenco documenti da allegare alla domanda di inserimento in fotocopia:

Documenti personali dell'ospite

<input type="checkbox"/> Carta d'identità	<input type="checkbox"/> Codice fiscale	<input type="checkbox"/> Stato di famiglia (autocertificazione)
<input type="checkbox"/> Tessera sanitaria	<input type="checkbox"/> Tessera di esenzione ticket	<input type="checkbox"/> Verbale d'invalidità civile (fotocopia)
<input type="checkbox"/> Certificato di gravità ai sensi della L.104	<input type="checkbox"/> Decreto di interdizione e/o inabilitazione (elenco recapiti familiari)	<input type="checkbox"/> Relazione servizio sociale inviante
<input type="checkbox"/> Piano educativo del servizio diurno o residenziale attualmente frequentato	<input type="checkbox"/> Classe SIDI	<input type="checkbox"/> Altro _____

Documentazione sanitaria

Relazione medica recente contenente: diagnosi completa, terapia in atto, allergie/intolleranze redatta sull'apposito modulo

Espressione del consenso al trattamento dei dati sensibili ai fini del D.L. 30/6/03 n. 196

I dati personali raccolti con questa scheda sono trattati al fine esclusivo della formulazione della lista di attesa e dell'iter di ingresso in struttura con modalità, anche automatizzate strettamente necessarie a tale scopo.

Letta l'informativa, consento espressamente al trattamento dei dati personali miei e/o del mio familiare per il quale la presente è formulata, per la gestione della domanda d'ingresso e per le azioni connesse, come sopra specificato.

Arconate, li _____

In fede _____