



AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA "Ardito Desio"

Piazza Garibaldi 7 - 33057 Palmanova (UD) c.f. 81001370303 - p.i. 01036500302 ☎ (0432) 929372 - 928238
☎ (0432) 924690 - mail-box: info@aspartodesio.it - sito internet : www.aspartodesio.it

RICHIESTA DI ACCOGLIMENTO

Il sottoscritto: _____ (cod.fis. _____)

residente a _____ (prov. _____)

in qualità di: parente civilmente obbligato (specificare): _____

se figlio elencare eventuali fratelli e/o sorelle _____

sindaco suo delegato (qualifica) _____

CHIEDE L'ACCOGLIMENTO

del/la signor/a _____ (cod. fis. _____)

nato/a il ____ / ____ / ____ a _____ prov. _____

residente a _____ (prov. _____)

via/piazza _____ nr _____

stato civile: libero/a coniugato/a con: _____

separato-a/divorziato-a da _____ vedovo/a di fu _____

figlio/a di: _____ e di: _____

Comune domicilio di Soccorso: _____

A.A.S. di appartenenza: nr: _____ di _____ nr. tessera _____

Precedenti ricoveri in residenze per anziani: no si (specificare): _____

nome e luogo struttura: _____

periodo di permanenza dal _____ al _____ (specificare l'ultimo se più di uno).

Dichiara inoltre di garantire il pagamento della retta mensile (spedire nota spese al seguente indirizzo):

nome o Ente _____

via/piazza _____ nr. _____

c.a.p. _____ città _____ (prov.) _____

Per le comunicazioni telefoniche contattare:

- 1) nome: _____ ☎ 1 _____ / _____ orario _____
_____ ☎ 2 _____ / _____ orario _____
- 2) nome: _____ ☎ 1 _____ / _____ orario _____
_____ ☎ 2 _____ / _____ orario _____
- 3) nome: _____ ☎ 1 _____ / _____ orario _____
_____ ☎ 2 _____ / _____ orario _____

Indirizzo per l'eventuale corrispondenza:

Cognome _____ Nome _____

via _____ nr. _____

c.a.p. _____ città _____ prov. _____

_____, li _____

firma: _____

La presente richiesta costituisce esplicito impegno a corrispondere l'intera retta nella misura e con le modalità stabilite dall'Amministrazione.

Nota: la presente sarà protocollata e inserita in una lista d'attesa. Al momento della liberazione di un posto verrà comunicato al richiedente la disponibilità all'accoglimento **esclusivamente per via telefonica**. Si consiglia pertanto di lasciare più di un recapito (eventualmente anche del cellulare) per avere la certezza di essere raggiunti in caso di comunicazioni.

(Parte riservata all'Amministrazione)

Elenco documenti da allegare alla presente: (barrare la casella se consegnati)

- 1) Certificato Medico su modello di questa ASP
2) Autorizzazione al trattamento dei dati sensibili su apposito modello dell'ASP
3) verbale dell' UVD rilasciata dall'AAS di competenza

Elenco documenti da consegnare all'atto dell'ingresso:

In originale:

- 1) tessera sanitaria
2) carta d'identità
3) eventuali autorizzazioni per presidi sanitari (pannoloni, cateteri, medicazioni ecc.)
4) tutta la documentazione sanitaria in possesso alla data dell'ingresso
5) ricevuta attestante il pagamento della cauzione retta ospitalità

In fotocopia:

- 1) codice fiscale
2) verbale di concessione di eventuale invalidità e/o assegno di accompagnamento. Se in attesa di visita, allegare, se in possesso, fotocopia della domanda inviata all'A.S.S. di appartenenza.

RICEVUTO IN DATA: _____ / _____ / _____ NUMERO PROT. _____ / _____

L'Ospite perfettamente in grado di intendere e di volere, autosufficiente, esime l'ASP "ARDITO DESIO" dalla responsabilità penale e patrimoniale inerenti ad eventi che si possono verificare in caso di allontanamento volontario dalla struttura.

firma _____

Il sottoscritto civilmente obbligato per il/la Signor/a _____, ospite della struttura ASP "A. Desio", persona che ne ha chiesto il ricovero, dichiara di essere a conoscenza della facoltà dell'ospite di allontanarsi volontariamente dalla struttura e di esimere da qualsiasi responsabilità l'Azienda "Ardito Desio".

firma _____

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE (ASU FC)

**CERTIFICAZIONE MEDICA DA PRESENTARE PER L'INGRESSO IN STRUTTURA
RESIDENZIALE PER ANZIANI**

Cognome e Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

INVALIDITA' CIVILE: SI NO
Se NO Presentato domanda di invalidità civile? Si No
Se SI Quando? _____

INDENNITA' DI ACCOMPAGNAMENTO: _SI NO

AUTORIZZAZIONE FORNITURA PRESIDI PER L'INCONTINENZA: SI NO

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA (patologie importanti ed eventuali ricoveri, traumi ed esiti,
interventi chirurgici, patologie psichiatriche.....):

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA: _____

ESAME OBIETTIVO

Apparato cardiorespiratorio: _____

Necessita di ossigenoterapia? SI NO

Portatore di pace-maker? SI NO

Apparato gastroenterico: _____

Apparato genito - urinario: _____

Apparato neuromuscolare: _____

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE (ASU FC)

Apparato osteoarticolare: _____

Apparato endocrino: _____

Cute ed annessi: _____

Occhi: _____

Orecchie: _____

Bocca e rinofaringe: _____

P.A. _____ **PESO : Kg.** _____ **ALTEZZA** _____

ABITUDINI: Fumatore NO SI Quante sigarette al giorno ? _____

Fa uso di alcolici ? NO SI Modica quantità

Alcoolista

Fa uso di sostanze stupefacenti? NO SI Quali ? _____

VACCINAZIONI: antitetanica NO SI date somm.ne _____

antinfluenzale NO SI data somm.ne _____

antipneumococcica NO SI data somm.ne _____

Altre vaccinazioni: _____

ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI: _____

TERAPIA ATTUALE E POSOLOGIA: _____

AZIENDA SANITARIA UNIVERSITARIA FRIULI CENTRALE (ASU FC)

NOTIZIE DI INTERESSE ASSISTENZIALE

DEAMBULAZIONE: Autonoma con Bastone con Girello con aiuto * Impossibile

Se * : si alza autonomamente in carrozzina
deve essere alzato in carrozzina
è costantemente alettato

ELIMINAZIONE: è incontinente ? NO ⇒ deve essere accompagnato in bagno ? SI NO
SI ⇒ Urine Feci Urine/Feci

Uso di : Pannolone Condom Catetere a permanenza
Alvo: Regolare Diarroico Stitico
Uso saltuario di lassativi Uso regolare di lassativi

Ha piaghe da decubito ? : NO SI
Se SI , sede/i e grado della/e lesione/i _____

Trattamento attuale _____

ALIMENTAZIONE : Autonoma Con piccolo aiuto Deve essere imboccato
Alimentazione enterale con sondino naso gastrico Portatore di P.E.G.
Denti propri Protesi Edentulo
Dieta: solida Semisolida Liquida
Diete speciali: _____

IGIENE PERSONALE: Autonoma con piccolo aiuto Totalmente dipendente
Si veste: da solo con piccolo aiuto Totalmente dipendente

RITMO SONNO/SVEGLIA: Normale Insonnia Ipersonnia
Inversione ritmo sonno/veglia

COMPORAMENTO: Tranquillo Agitato, disturba la comunità Aggressivo
Confuso/disorientato Tende a fuggire (Vagabondaggio)

RIABILITAZIONE: Non necessaria *Necessita di fisioterapia
Se* quali interventi? _____

Data ____/____/____

AUTOSUFFICIENTE

NON AUTOSUFFICIENTE

Timbro e firma del medico



Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Ardito Desio"

Piazza Garibaldi 7 - 33057 Palmanova (UD) c.f. 81001370303 - p.i. 01036500302
☎ (0432) 928238 929372 📠 924690 ✉ mail-box.info@aspartitodesio.it

Palmanova,

OSPITE:

Nome: _____

Cognome: _____

Data di nascita: _____

OGGETTO: Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D.lgs. 196/2003. –

Il/La sottoscritto/a.....in qualità di interessato/parente o tutore
dell 'interessato

dichiara

di aver ricevuto l' informativa ex art. 13 del D.lgs 196/2003 per il trattamento dei dati personali
conseguentemente

ESPRIME IL PROPRIO CONSENSO

Al trattamenti dei dati stessi, che verranno utilizzati per i fini istituzionali dell'Ente o secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza tutelando la riservatezza e i diritti dell'interessato, ed alla comunicazione dei medesimi per le attività istituzionali dell'Ente ai soggetti indicati al punto 4 dell' informativa, con particolare ed espresso riferimento ai dati sensibili di cui all'art. 26 del D.lgs. 196/2003, necessari per la gestione del ricovero e la tutela sanitaria;

ed autorizza espressamente il personale addetto al rilascio delle notizie utili al fine di mettere in condizione parenti e conoscenti di rintracciarlo e contrattarlo all'interno dell'istituto, a domicilio qualora dimesso o in ospedale ove ricoverato.

per accettazione:

Ospite (o, se impossibilitato) _____

◆ Familiare civilmente obbligato _____

◆ Tutore _____

“Dichiarazione attestante il ricevimento dell’informativa”

All’Ente gestore della struttura residenziale

AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA “Ardito Desio” Piazza Garibaldi, 7 33057 PALMANOVA (UD) Cod. Fisc. 01001370303 Part. IVA 01036500302 Tel. 0432.928288 - Fax 0432.924090
(Inserire DENOMINAZIONE e INDIRIZZO struttura residenziale)

Il/la sottoscritto/a

(NOME)
(COGNOME)

in qualità di (spuntare una delle caselle):

diretto interessato

persona che cura gli interessi del/la signor/a

(NOME)
(COGNOME)

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e **consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità e l'uso di atti falsi comportano l'applicazione delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato D.P.R. n. 445/2000**, di aver preso visione delle modalità e delle procedure da seguire ai fini dell’ottenimento del contributo aggiuntivo di abbattimento della retta giornaliera di accoglienza di cui all’articolo 13, della L.R. 10/97, legato alla situazione economica del beneficiario e del suo nucleo familiare.

		/			/				
(DATA)									

(FIRMA)