

Il/la sottoscritto/a.....  
nato/a a .....il .....  
residente a ..... via..... n. ....  
domicilio (se diverso dalla residenza).....  
tel.....  
stato civile.....  
cittadinanza.....  
proprietario di immobili nella provincia di Piacenza       sì     no  
via..... n.....  
Comune di..... Provincia.....

con la presente chiede di essere ammesso/a  
alla Casa di Riposo del Facsal

e di essere alloggiato in       camera singola  
    camera doppia

impegnandosi da subito a:

- osservare incondizionatamente tutte le norme previste dalla Carta dei Servizi della Casa di Riposo consegnata;
- accettare e provvedere ad eventuali provvedimenti di dimissione motivati e comunicati in forma scritta dalla Casa di Riposo.

Piacenza, .....

Firma.....

Per eventuali comunicazioni e/o ulteriori informazioni è possibile contattare inoltre:

il/la Signor/a.....  
in qualità di .....  
residente a..... via..... n. ....  
tel. ....

il/la Signor/a.....  
in qualità di .....  
residente a..... via..... n. ....  
tel. ....

Allegare informativa adulti

## DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

- A. Esami ematici completi (comprensivi di gruppo sanguigno, HbSAg, HCV, HIV);
- B. Copia tessera sanitaria, copia tessera di esenzione pagamento ticket;
- C. Copia Documento d'identità;
- D. Copia Codice fiscale;
- E. Stato di famiglia in carta libera attestante la composizione del nucleo familiare (indicare per ogni componente cognome e nome, grado di parentela, luogo e data di nascita, stato civile);
- F. Certificato di nascita in carta libera;
- G. Informativa resa ai sensi degli art. 13-14 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE) n. 679/2016 e relativa richiesta di consenso al trattamento dei dati personali oggetto dell'informativa da restituire debitamente compilata e firmata.
- H. Indicatore di situazione economica (ISE) e indicatore di situazione economica equivalente (ISEE) dell'anno precedente di tipo “ordinario”.
- I. Eventuale copia del verbale di invalidità.

## SCHEDA SANITARIA

da compilare a cura del medico di base dott. ....

Cognome.....Nome.....

Luogo di nascita.....data di nascita.....

**DIAGNOSI**.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### INVALIDITA' CIVILE

si       no      parziale.....%

### ALTRE INVALIDITA'

.....

.....

### ESENZIONE TICKET

si       no

Età.....

Invalidità.....

Patologia.....

Altro.....

### ASSISTITO DA SERVIZI TERRITORIALI

si       no

Allegare informativa adulti

Eventuali riferimenti.....

**CONDIZIONI PSICHICHE**

Integre.....

Disorientamento.....

Agitazione.....

Demenza.....

**TENTATIVI DI SUICIDIO**

si             no

**TENTATIVI DI FUGA**

si             no

**DEAMBULAZIONE**

Autonoma.....

con aiuto (indicare gli ausili utilizzati).....

Carrozzina.....

Assente.....

**CAPACITA' VISIVE**

sufficienti     insufficienti

.....

**CAPACITA' UDITIVE**

sufficienti     insufficienti

.....

**INCONTINENZA URINARIA**

si             no

.....

**INCONTINENZA FECALE**

Allegare informativa adulti

si                       no

.....  
**ALIMENTAZIONE AUTONOMA**

si                       no

.....  
**DECUBITI**

si                       no

.....  
**TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO E ORARI DI SOMMINISTRAZIONE**

.....  
**CURE INFERMIERISTICHE NECESSARIE**

.....  
**NOTE AGGIUNTIVE**

.....  
**PESO CORPOREO**

Kg.....

Data.....

Timbro e firma del medico curante.....

Allegare informativa adulti