

## 1) DATI

Il/la sottoscritto/a.....  
nato/a a .....il .....  
residente a ..... via..... n. ....  
domicilio (se diverso dalla residenza).....  
tel.....  
stato civile.....  
cittadinanza.....  
via..... n.....  
Comune di..... Provincia.....

con la presente chiede di essere ammesso/a  
al Centro Diurno Unicoop di .....

impegnandosi da subito a:

- osservare incondizionatamente tutte le norme previste dalla Carta dei Servizi del Centro Diurno consegnato e controfirmato per accettazione;
- accettare e provvedere ad eventuali provvedimenti di dimissione motivati e comunicati in forma scritta dal Coordinatore del Centro Diurno.

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. ....

## 2) DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

- A. Copia Documento d'identità;
  
- B. Copia Codice fiscale;
  
- C. 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.

## 3) AUTORIZZAZIONI

**Alla Unicoop Coop. Soc. a r.l** Struttura \_\_\_\_\_

Il/i sottoscritto/i .....

Parente di .....

**AUTORIZZA**

ad eventuali uscite programmate degli operatori nei pressi della struttura.

**DATA**..... **IN FEDE (Firma)**.....



**DOMANDA DI AMMISSIONE AL  
CENTRO DIURNO .....**

Mod. 86.04  
Rev. 01  
Pag. 3 di 5

#### 4) 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

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**

si             no

.....

**ALIMENTAZIONE AUTONOMA**



**DOMANDA DI AMMISSIONE AL  
CENTRO DIURNO .....**

Mod. 86.04  
Rev. 01  
Pag. 5 di 5

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.....