	SGO	SISTEMA DI GESTIONE ORGANIZZATIVO
		<b>M 07.2</b>
Rev.02 del 23/05/2019	DOMANDA DI AMMISSIONE PER CURE INTERMEDIE	

## DOMANDA DI AMMISSIONE PER CURE INTERMEDIE

FAX 0364/362161

DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA \_\_\_\_\_

### PER CURE INTERMEDIE

DATA PREVISTA PER DIMISSIONE OSPEDALIERA \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritta \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione mendace, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n.445 del 28 dicembre 2000.

### DICHIARA

di essere nata \_\_\_\_\_ (\_\_\_)

di essere residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_)


in Via \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Tessera Sanitaria \_\_\_\_\_

di trovarsi nella condizione socio – sanitaria come da scheda sanitaria allegata

	SGO	SISTEMA DI GESTIONE ORGANIZZATIVO
		M 07.2
Rev.02 del 23/05/2019		DOMANDA DI AMMISSIONE PER CURE INTERMEDIE

### STATO CIVILE

- celibe/nubile
- coniugato/a
- separato/a
- divorziato/a
- vedovo/a
- non dichiarato

### TIPO DOMANDA

- nuova domanda
- domanda presentata in precedenza
- inserimento avvenuto
- rinuncia temporanea
- rinuncia definitiva
- decesso

### SITUAZIONE ABITATIVA

- vive solo
- vive con altri famigliari/convivente
- vive solo con badante
- vive con altri famigliari/convivente e badante
- vive con altre persone (non parenti e non parner)
- informazione non nota

### MOTIVO DELLA DOMANDA

- ha perso l'autonomia fisica/psichica
- la famiglia non è in grado di provvedere
- l'alloggio non è idoneo
- altro

### FIGLI VIVENTI

maschi: n° .....

femmine: n° .....

### TITOLO DI STUDIO

### ULTIMA ATTIVITA' SVOLTA

### PROVENIENZA OSPITE

- direttamente dal domicilio
- struttura psichiatrica
- struttura sanitaria accreditata
- struttura sanitaria non accreditata
- in dimissione da Istituto di riabilitazione
- in dimissione da altro regime di tipologia (CDI)
- dimesso da altra Struttura (specificare il regime)
- altro

### ASSEGNO ACCOMPAGNAMENTO

- si
- in attesa
- no

### INOLTRE E' STATO RICONOSCIUTO INVALIDO


- si
- no
- % di invalidità
- in attesa

### ASSISTENZA DOMICILIARE

- soggetto in voucher sociale - Comunità Montana
- soggetto in voucher socio sanitario- ADI
- buono socio sanitario

### SITUAZIONE PENSIONISTICA

- nessuna pensione
- anzianità/vecchiaia
- sociale
- tipologia speciale (guerra, infortunio)
- reversibilità
- invalidità
- pensione estera (stato \_\_\_\_\_)
- altro (specificare \_\_\_\_\_)

	SGO	SISTEMA DI GESTIONE ORGANIZZATIVO
		<b>M 07.2</b>
	Rev.02 del 23/05/2019	DOMANDA DI AMMISSIONE PER CURE INTERMEDIE

**D I C H I A R A** inoltre

<p align="center"><u>INIZIATIVA DELLA DOMANDA</u></p> <input type="checkbox"/> il soggetto stesso <input type="checkbox"/> familiare o affine <input type="checkbox"/> assistente sociale <input type="checkbox"/> medico <input type="checkbox"/> tutore <input type="checkbox"/> altro	<p align="center"><u>TIPOLOGIA ASSISTENZA</u></p> <input type="checkbox"/> ricovero per CURE INTERMEDIE
---	---

**e C H I E D E**

di essere ammesso/a in CURE INTERMEDIE

In fede

\_\_\_\_\_  
(firma del richiedente)

Cognome e Nome	Indirizzo	Telefono e indirizzo mail	Grado di parentela
Firma			

ALTRE PERSONE OBBLIGATE

Cognome e Nome	Indirizzo	Telefono e indirizzo mail	Grado di parentela
Firma			

Cognome e Nome	Indirizzo	Telefono e indirizzo mail	Grado di parentela
Firma			

Documenti da allegare alla domanda, debitamente compilati:

- CARTA DI IDENTITA'
- TESSERA SANITARIA