

ALLEGATO D

2) Domanda di ammissione presentata da terza persona

Spett.le Centro Diurno Integrato di Flero

Il/la Sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____
residente in _____ via _____ n. _____
CAP _____ Prov. _____, telefono _____, mail _____

C H I E D E CHE IL/LA SIG./SIG.RA

Il/la Sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____
residente in _____ via _____ n. _____
CAP _____ Prov. _____, telefono _____, mail _____

impedito/a a rendere dichiarazione per ragioni connesse allo stato di salute

venga ammesso presso codesto CDI con i seguenti giorni di presenza:

LUNEDI' MARTEDI' MERCOLEDI' GIOVEDI' VENERDI'

ed alle condizioni indicate nel contratto di assistenza socio-sanitaria, nel regolamento dell'Ente e nella Carta dei Servizi del quale dichiara di aver ricevuto copia e preso visione.

SI IMPEGNA

1. Ad accompagnare il/la Sig. /ra _____ presso il C.D.I. entro 1 giorno dalla comunicata disponibilità del posto. La eventuale rinuncia comporta la cancellazione dalla lista d'attesa del C.D.I.

2. Ad effettuare il pagamento della retta stabilita dalla amministrazione del C.D.I. come indicato nel contratto di assistenza socio-sanitaria, eventualmente in solido con altri soggetti obbligati ed indicati nel contratto medesimo.

3. A fornire tutti i dati e la documentazione che verranno richiesti al momento dell'ingresso, ed in particolare:

- i nominativi e indirizzi completi dei familiari di riferimento
- documentazione sanitaria recente (referti esami ematici e strumentali, visite specialistiche)
- scheda CIRS (redatta dal medico curante)
- terapia farmacologica in atto
- altre notizie anagrafiche (figli, stato civile, ecc....)
- altre notizie su stili e/o abitudini di vita

Flero, _____

Il/la richiedente _____

Per ospiti capaci di intendere e volere

**CONSENSO INFORMATO PER IL RICOVERO PRESSO
CENTRO DIURNO INTEGRATO DI FLERO (C.D.I.)**

Il/la Sottoscritto/a _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____
residente in _____ via _____ n. _____
CAP _____ Prov. _____, telefono _____, mail _____

Sono stato/a informato/a dal mio Medico Curante e/o dagli operatori dell'Ufficio Servizi Sociali del mio Comune di residenza, date le mie condizioni di salute e la mia condizione familiare e abitativa, la permanenza al domicilio durante le ore diurne non rende possibile garantire un livello adeguato di cure per cui si rende necessario la frequenza di un Centro Diurno Integrato (C.D.I.).

Mi è stato spiegato che:

- Il C.D.I. è una struttura semiresidenziale che accoglie ed assiste persone anziane che hanno bisogno di essere assistite nelle abitudini di vita quotidiane;
- L'assistenza viene erogata da un'equipe formata da medico, infermiere, psicologo, educatore/animatore, fisioterapista, operatore socio-sanitario/ausiliario socio-assistenziale, secondo progetti di assistenza individualizzata.

Avendo compreso quanto mi è stato spiegato, e avendo letto quanto sopra, acconsento alla frequenza del C.D.I. nei termini ed alle condizioni sopra specificate.

Firma dell'Assistito /del Legale Rappresentante* _____

Firma del Familiare _____

* Se l'assistito è interdetto o inabilitato o assistito da un Amministratore di Sostegno.
Allegare fotocopia del decreto di nomina e di un documento di riconoscimento in costo di validità del Legale Rappresentante.