# **Richiesta di inserimento presso le strutture diurne e residenziali,**

# **di Fondazione Renato Piatti ONLUS**

**Fondazione Renato Piatti ONLUS**

via Francesco Crispi, 4 - 21100 Varese

Tel. 0332/281025

[info@fondazionepiatti.it](mailto:info@fondazionepiatti.it)

[areasociale.pec@fondazionepiatti.org](mailto:areasociale.pec@fondazionepiatti.org)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  *da compilarsi a cura del diretto interessato/ Familiare/Tutore/Amministratore di Sostegno* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Il/la sottoscritto/a Cognome | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | Nome | | |  | | |  |
|  | Nato/a a | | |  | | | | | | | | | | | | il |  | | | | Residente a | | | | | |  | |  |
|  | (Prov. | |  | | | ) | | in via | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Telefono | | |  | | | | | | | | | | | | | | | E-mail | | |  | | | | | | |  |
|  | nella sua qualità di | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | *familiare/Tutore/Amministratore di Sostegno* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| --- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *da compilarsi a cura del servizio inviante se presente* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | SERVIZIO INVIANTE | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Indirizzo | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Tel. |  | | | | | | | | | | | | | Fax | |  | | | | | | | | e-mail | |  | |  |
|  | Operatore/i di riferimento: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | |  | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | **cognome** | | | | | | | | | |  | | **nome** | | | | |  |
|  | **Qualifica** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  |  |
| **C H I E D E** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **L’INSERIMENTO IN UNA STRUTTURA DI FONDAZIONE R. PIATTI ONLUS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **per il/la Sig. /Sig.ra Cognome** | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | **Nome** | |  | | |  |
|  | **Nato/a a** | | |  | | | | | | | | | | | | **il** |  | | | **Residente a** | | | | | |  | | |  |
|  | **(Prov.** | |  | | | **)** | | **in via** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | **Codice fiscale** | | | | | |  | | | | | | | | | | | **Stato civile** | | |  | | | | | | | |  |
|  | **Cittadinanza** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  |  |
|  | **Per sé medesimo** | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  |  |
|  |  | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *da compilarsi a cura del diretto interessato/ Familiare/Tutore/Amministratore di Sostegno o del servizio inviante:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |
| Tipo di inserimento richiesto | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | **SERVIZIO RESIDENZIALE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | R.S.D. (Residenza Sanitario Assistenziale per persone con disabilità) Sesto Calende (VA) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | R.S.D. (Residenza Sanitario Assistenziale per persone con disabilità) San Fermo – Varese (VA) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | C.S.S. (Comunità Socio Sanitaria) Bobbiate – Varese (VA) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | Comunità di accoglienza per persone con disabilità “Brugnoli Tosi” – Busto Arsizio (VA) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | C.S.S. (Comunità Socio Sanitaria) Padiglione “Armiraglio Magistrelli” | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | C.S.S. (Comunità Socio Sanitaria) Padiglione “Mazzucchelli” | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | C.S.S. (Comunità Socio Sanitaria) Padiglione “Denna” | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | Gruppo Appartamento “La Magnolia” | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | C.S.S (Comunità Socio Sanitaria) Melegnano (MI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | C.S.S (Comunità Socio Sanitaria) “Nuova Brunella” Varese (VA) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | C.S.S. 1 (Comunità Socio Sanitaria) Abbiategrasso (MI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | C.S.S. 2 (Comunità Socio Sanitaria) Abbiategrasso (MI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | A tempo indeterminato | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | A tempo determinato per il seguente periodo dal | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | al |  | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | **SERVIZIO DIURNO** | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | C.D.D. (Centro Diurno per persone con disabilità) Bobbiate - Varese | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | C.D.D. (Centro Diurno per persone con disabilità) Bregazzana – Varese | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | C.D.D. (Centro Diurno per persone con disabilità) Besozzo (VA) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | C.D.D. (Centro Diurno per persone con disabilità) Melegnano (MI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | C.D.D. (Centro Diurno per persone con disabilità) Abbiategrasso (MI) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | a tempo pieno (35 ore settimanali) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | a tempo parziale (a partire da 18 ore settimanali) n. ore | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | **DOMANDA** | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | URGENTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | ORDINARIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | INSERIMENTO IN LISTA D’ATTESA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | |
| **Motivo della richiesta di inserimento** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | **Firma:** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | (firma del diretto interessato/ dell’esercente la responsabilità genitoriale/ Familiare/Tutore/Amministratore di Sostegno) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | **Firma:** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | (firma della seconda persona che esercita la responsabile genitoriale in caso di minorenne) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Anamnesi sociale** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *da compilarsi a cura dei servizi invianti e/o del diretto interessato/ del familiare/Tutore/AdS e/o dell’area sociale di Fondazione R. Piatti* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
| Il/la Sig. /Sig.ra Cognome | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | Nome | | | |  | | | | | | | |
| per cui si richiede un inserimento, attualmente si trova: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | |  | Presso il proprio domicilio | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | |  | Presso l’abitazione di un parente/amico/conoscente, *specificare quale* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | |  | In struttura residenziale, *specificare quale* | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | |  | In ospedale, *specificare quale* | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
| **Rete socio-famigliare** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | **Nome e Cognome** | | | | **Indirizzo** | | | | | | | | | | **Recapito telefonico** | | | | | | | | **Indirizzo mail** | |
| **Padre** | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
| **Madre** | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
| **Fratelli/sorelle** | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
| **Altri parenti/ conoscenti rilevanti per la persona** | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
| Care-giver principale: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Genitori | | | | | | |  | Conoscente/vicino | | | | | | |  | Volontario | | | |  | | Badante | | | | | |  | Altro | | |  |
|  | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
| **Informazioni significative sul contesto socio-familiare** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
| **Operatori sanitari e sociali di riferimento** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | **Nome e Cognome** | | | | **Indirizzo** | | | | | | | | | | **Recapito telefonico** | | | | | | | | **Indirizzo mail** | |
| **Medico di base** | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
| **Assistente sociale** del comune di residenza | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servizi territoriali di cui usufruisce attualmente** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Centro Diurno, *specificare quale* | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | |  | |
|  | | Progetto DAMA, *specificare quale* | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | |  | |
|  | | Centro Psico Sociale (CPS) o Psichiatria, *specificare quale* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | |  | |
|  | | Neuropsichiatria infantile (UONPIA), *specificare quale* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | |  | |
|  | | Servizio Assistenza Domiciliare (SAD) | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |  | |  | |
|  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | |  | |
|  | | Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |  | |  | |
|  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | |  | |
|  | | Servizio Educativo Domiciliare o Scolastico | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  |  | |  | |
|  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | |  | |
|  | | Altro, *specificare quale* | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | |  | |
| Scolarizzazione: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | non concluso obbligo scolastico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | |  | |
|  | | |  | concluso obbligo | | | | | (anno: | | | |  | | | | | ) | | | | | | | |  | |  | |
|  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | |  | |
|  | | |  | attualmente in corso presso la Scuola, *specificare quale* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | |  | |
|  | | |  | non nota | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | |  | |
|  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | |  | |
| **Situazione giuridica** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Interdizione | | | | | | SI |  | NO | | | |  | | Tutore *(specificare dati anagrafici e recapiti completi)* | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | |  | |
| Amministrazione di sostegno | | | | | | | | | | | SI | | | |  | | NO | | |  | Amministratore di sostegno | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | |  | | *(specificare dati anagrafici e recapiti completi)* | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | |  | |
| Inabilitazione | | | | | | SI |  | NO | | | |  | | Curatore *(specificare dati anagrafici e recapiti completi)* | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | |  | |
| **Situazione socio-economica** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Situazione pensionistica: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | |  | |
|  |  | | Pensione di invalidità civile, specificare la percentuale di invalidità riconosciuta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | |  | |
|  |  | | Indennità di accompagnamento | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | |  | |
|  | | | | |  | | | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | |  | |
|  |  | | Indennità di frequenza | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | |  | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | |  | |
|  |  | | Pensione dei ciechi civili – Pensione dei sordi civili | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  | |  | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | |  | |
|  |  | | Pensione da lavoro | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | |  | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | |  | |
|  |  | | Reversibilità | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | |  | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | |  | |
|  |  | | Altre pensioni, *specificare quali* | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | |  | |
| Altre misure: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | |  | |
|  |  | | Misura B1 | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | |  | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | |  | |
|  |  | | Misura B2 | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | |  | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | |  | |
|  |  | | Fondi Dopo di noi | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | |  | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | |  | |
|  |  | | Fondi Progetto Vita indipendente | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | |  | |
|  |  | |  | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | |  |  | |  | |
|  |  | | Altro, *specificare quale* | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Anamnesi sanitaria** | | | | | | | |
| *da compilarsi a cura dei servizi invianti e/o del familiare/Tutore/AdS* | | | | | | | |
|  | | |  | | | |  |
| **Diagnosi attuale** | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | |  | | | |  |
| **Problematiche psicopatologiche ed aspetti comportamentali** | | | | | | |  |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | |  | | | |  |
| **Terapia farmacologica in corso** | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | |  | | | |  |
| **Scheda di valutazione** | | | | | | | |
|  | | |  | | | |  |
| Necessità di prestazioni sanitarie: | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | |  |
|  | No, è in buona salute | | | | | |  |
|  | | |  | | | |  |
|  | Sì, qualche volta - *elencare quali* | | |  | | | |
|  | | |  | | | |  |
|  | Sì, con frequenza costante - *elencare quali* | | | | |  | |
|  | | |  | | | |  |
| Disturbi comportamentali: | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | |  |
|  | Assenti | | | | | |  |
|  | | |  | | | |  |
|  | Presenti - *elencare quali* |  | | | | | |
|  | | |  | | | |  |
| Comunicazione: | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | |  |
|  | Comunica verbalmente | | | | | |  |
|  | | |  | | | |  |
|  | Comunica parzialmente (verbale e non verbale) | | | | | |  |
|  | | |  | | | |  |
|  | Non comunica | | | | | |  |
|  | | |  | | | |  |
| Deficit sensoriali - udito e vista: | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | |  |
|  | Assenti | | | | | |  |
|  | | |  | | | |  |
|  | Presenti - *elencare quali* |  | | | | | |
|  | | |  | | | |  |
| Mobilità - libertà di movimento: | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | |  |
|  | Deambula autonomamente senza ausili | | | | | |  |
|  | | |  | | | |  |
|  | Si muove con ausili o carrozzina | | | | | |  |
|  | | |  | | | |  |
|  | È totalmente dipendente da terzi | | | | | |  |
| Alimentazione: | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | |  |
|  | Indipendente | | | | | |  |
|  | | |  | | | |  |
|  | Aiuto saltuario | | | | | |  |
|  | | |  | | | |  |
|  | Totalmente dipendente da terzi | | | | | |  |
|  | | |  | | | |  |
| Controllo sfinterico: | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | |  |
|  | Assente | | | | | |  |
|  | | |  | | | |  |
|  | Presente | | | | | |  |
|  | | |  | | | |  |
|  | Presente parzialmente | | | | | |  |
|  | | |  | | | |  |
| Comportamento notturno: | | |  | | | |  |
|  | | |  | | | |  |
|  | Dorme regolarmente | | | | | |  |
|  | | |  | | | |  |
|  | Non dorme regolarmente, *specificare* | | | |  | | |
|  | | |  | | | |  |
| Altre informazioni sanitarie significative: | | | | | | |  |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Documentazione allegata alla Richiesta di inserimento** | | | | |
|  | | |  |  |
| Allo scopo di facilitare la valutazione della Richiesta di inserimento si invita ad allegare: | | | | |
|  | | |  |  |
|  |  | eventuale altra documentazione Clinica, Educativa e Sociale già in possesso | | |
|  | | |  |  |
| **Trattamento dati personali** | | | | |
|  | | |  |  |
| **Nota bene:** la raccolta dei dati necessari ad attivare la valutazione della Vs. *Richiesta d’inserimento* prevede e richiede, ai sensi della normativa vigente, la conoscenza del contenuto dell’*Informativa trattamento dati - Richiesta di inserimento* (**S7.13.26**). | | | | |
|  | | | | |
| A tale scopo l’informativa viene fornita quale allegato al presente modulo di richiesta e deve essere restituita debitamente compilata e firmata: | | | | |
|  | | | | |
| * *Informativa trattamento dati - Richiesta di inserimento* (**S7.13.26**). | | | | |