

DOMANDA DI INSERIMENTO – C.D.I. DON GIUSEPPE MOSCOTTI

PER IL SIG./LA SIG.RA

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

Età ____ Genere: M F

Codice Fiscale _____

Tessera sanitaria/Codice assistito _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Recapito Telefonico _____

Recapito Telefonico famigliari di riferimento _____

RICHIEDENTE

(COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DIRETTO INTERESSATO ALL'INSERIMENTO PRESSO IL CDI)

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

CF _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Recapiti telefonici: casa _____ cellulare _____

Indirizzo e mail _____ @ _____

Legame di parentela _____

Motivo inserimento:

FREQUENZA: (BARRARE I GIORNI RICHIESTI)

LUNEDI'	MARTEDI'	MERCOLEDI'	GIOVEDI'	VENERDI'

CON CHI VIVE
<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figli <input type="checkbox"/> Altri parenti _____ <input type="checkbox"/> Badanti Presenza _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Altro _____ _____

TUTELA
<input type="checkbox"/> Amministrazione di sostegno <input type="checkbox"/> Interdizione <input type="checkbox"/> Curatela/procura Allegare atto di nomina _____ _____ _____

TRASPORTO – <input type="checkbox"/> SI – <input type="checkbox"/> NO SITUAZIONE ABITATIVA
<input type="checkbox"/> Presenza barriere architettoniche <input type="checkbox"/> Altre difficoltà di accesso per il servizio di trasporto: _____ <input type="checkbox"/> Presenza ascensore <input type="checkbox"/> Presenza servizi portierato _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE
CODICE FISCALE CARTA D'IDENTITA' TESSERA SANITARIA SCHEDE SANITARIE DEL MEDICO CURANTE

Ai sensi dell'art.10 della D.L.gs.196 del 2003 si informa che i dati indicati saranno utilizzati esclusivamente al fine di comunicazione, informazione per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo

Data Firma del richiedente: