

RICHIESTA DI AMMISSIONE AI SERVIZI

Il/la sottoscritt _____

in qualità di: diretto interessato
 familiare
 tutore / amministratore
 altro _____

Chiede per:

Cognome e Nome _____

nat__ a _____ il _____ e residente a _____

in via _____ n. _____ telefono _____

codice fiscale _____ Medico di base _____

L'attivazione di:

- Assistenza domiciliare
 Servizio pasti
 Centro Diurno
 Rete Alzheimer (Sapad)

Persone di riferimento da contattare:

Cognome e nome _____

Legame con il beneficiario _____

Telefono _____ Mail _____

Cognome e nome _____

Legame con il beneficiario _____

Telefono _____ Mail _____

Dichiara che il nucleo familiare di stabile convivenza del beneficiario è composto da:

NOME

GRADO DI PARENTELA

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

Note:

Documentazione:

Allegata:

- SVaMa sanitaria
- Modulo per richieste specifiche alimenti (solo per servizio pasti)
- Referto visita specialistica
- Schema terapie (solo per Centro Diurno)
- ISEE in corso di validità
- Modulo Sepa

Ricevuta:

- Scheda informativa sul servizio
- Informativa privacy sul trattamento dei dati personali (art. 13 GDPR)
- Altro _____

Data _____

Firma _____