

Spett.le

FONDAZIONE COMUNITA' DI ARCO – A.P.S.P.

Via Strappazocche, 18

38062 – ARCO (TN)

Luogo _____ Data _____

Oggetto: Domanda di Accoglimento presso il Centro Diurno della Fondazione Comunità di Arco
– A.P.S.P. del/la Signor/a _____

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____ in via _____ n° _____

C.A.P. _____ Codice Fiscale _____ n° tel. _____

CHIEDE

l'accoglimento al Centro Diurno, su posto autorizzato e non convenzionato a pagamento, e si impegna a fornire a codesta Spett.le Azienda una recente documentazione sanitaria in tempo utile all'effettivo accoglimento al Centro Diurno.

Piano di Accoglienza:

Giorno	Mattino		Pomeriggio		Intera giornata	
	Dalle	Alle	Dalle	Alle	Dalle	Alle
Lunedì						
Martedì						
Mercoledì						
Giovedì						
Venerdì						
Sabato						
Domenica						

Frequenza eventuali festività infrasettimanali

Servizi richiesti:

Giorno	Trasporto solo andata	Trasporto solo ritorno	Trasporto andata e ritorno	Con accompagnamento	Pranzo	Cena	Bagno
Lunedì							
Martedì							
Mercoledì							
Giovedì							
Venerdì							
Sabato							
Domenica							

Note varie:

Nominativo completo di indirizzo e recapito telefonico delle persone alle quali si può fare riferimento:

Cognome e Nome	Indirizzo	Recapito telefonico	Indirizzo e-mail (eventuale)	Tipologia di parentela/rapporto con l'utente

Allo scopo :

- autorizza, ai fini dell'accoglimento, l'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona al trattamento dei propri dati personali e sanitari ai sensi del D. Leg.vo 196/2003;
- si impegna a comunicare per iscritto all'Amministrazione di codesta Azienda qualsiasi futura variazione utile nella valutazione della presente richiesta;
- si **impegna al pagamento** delle prestazioni/servizi ricevuti, secondo le tariffe annualmente stabilite dal Consiglio di Amministrazione;
- si impegna ad avvisare della mancata frequenza entro le ore 8.30 del giorno stesso, telefonando dalle 7.30 al 0464.532032.

Attesta inoltre di **essere consapevole** che:

1. La presente domanda non costituisce diritto all'accoglimento, che è subordinato alla valutazione del servizio competente e alla successiva autorizzazione.
2. Il mancato pagamento delle prestazioni/servizi ricevuti comporta l'immediata dimissione dal servizio.
3. In caso di attivazione del servizio di trasporto, si dovrà individuare una persona di riferimento, responsabile di affidare l'utente al momento della partenza e accoglierlo al rientro al domicilio.
4. Al momento dell'accoglimento l'utente dovrà fornire eventuali farmaci e presidi necessari alla gestione quotidiana.
5. L'utente potrà essere dimesso nel momento in cui vengono a mancare i presupposti che hanno portato all'inserimento, sia per quanto attiene le condizioni dell'utente sia per quanto attiene quelle del suo ambiente familiare. Saranno concordati incontri di monitoraggio del progetto di inserimento aperti ai familiari e al medico di base.
6. L'Azienda non risponde per qualsiasi danno causato a terzi dall'utente nell'ambito della sua autonomia e libertà personale.
7. L'Azienda non rimborserà lo smarrimento o la rottura di occhiali, protesi dentarie ed acustiche od effetti personali, salvo non sia dimostrabile l'imputazione diretta e nominativa al personale dell'ente.

Firma del richiedente

Firma del referente

Io sottoscritto/a _____ in qualità di _____
del/la Sig./Sig.ra _____ autorizzo il trattamento dei dati
personali da parte della Fondazione Comunità di Arco – A.P.S.P. ai sensi del D. Leg.vo
196/2003.

Firma _____

QUADRO CLINICO

Da compilare a cura del Medico di Medicina Generale e da allegare alla domanda di inserimento.

Nome e Cognome _____ nato a _____ il _____
residente a _____ via _____ telefono _____

Indicare l'anamnesi patologica remota:

Indicare l'anamnesi patologica attuale:

Indicare la terapia in atto:

FARMACO	ORE 8	ORE 12	ORE 16	ORE 20

Contenzione Descrizione _____

Indicare eventuali allergie da farmaci e altre note (es. indicazioni dietetiche):

Data _____

IL MEDICO CURANTE _____