

|                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ISTANZA ACCESSO ALLA RETE DEI SERVIZI<br/>AREA ANZIANI- NON AUTOSUFFICIENZA DISTRETTUALE</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                           |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| <b>DATI DEL BENEFICIARIO DEL PROGETTO</b> |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------|--|--|--|--|--|

|                 |                                     |                |  |
|-----------------|-------------------------------------|----------------|--|
| NOME            |                                     | COGNOME        |  |
| NATO/A          | A                                   | IL             |  |
| RESIDENTE A     |                                     | INDIRIZZO      |  |
| TELEFONO        |                                     | MAIL           |  |
| CELLULARE       |                                     | CODICE FISCALE |  |
| COND. LAV.      |                                     | MEDICO CURANTE |  |
| SCOLARITA'      |                                     | CITTADINANZA   |  |
| <b>VIVE CON</b> |                                     |                |  |
| CONIUGE         | <input checked="" type="checkbox"/> | FIGLI          |  |
| SOLO/A          |                                     |                |  |

|                                                |  |
|------------------------------------------------|--|
| <b>SERVIZI GIA' USUFRUITI DAL BENEFICIARIO</b> |  |
|------------------------------------------------|--|

|                                         |                      |
|-----------------------------------------|----------------------|
| ASSISTENZA DOMICILIARE                  | ASSISTENZA ECONOMICA |
| CENTRO DIURNO DI                        | ASSEGNO DI CURA      |
| CASA PROTETTA                           | PASTI                |
| RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA) |                      |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>SERVIZI SANITARI ATTIVI</b> |  |
|--------------------------------|--|

|                                      |          |
|--------------------------------------|----------|
| AMBULATORIO DISTURBI COGNITIVI       | C.S.M.   |
| SERVIZIO INFERMIERISTICO DOMICILIARE | S.E.R.T. |
| N.O.D.O.                             |          |
| UNITA' DELLE CURE CONTINUE           |          |

|                                                   |  |  |  |
|---------------------------------------------------|--|--|--|
| <b>RICONOSCIMENTO DI INVALIDITA' O INABILITA'</b> |  |  |  |
|---------------------------------------------------|--|--|--|

|                  |                    |                   |
|------------------|--------------------|-------------------|
| DOMANDA IN CORSO | INVALIDITA' CIVILE | INVALIDITA' INAIL |
| INABILITA' INPS  | INABILITA' INAIL   | IND. DI ACCOMP.   |
| LEGGE 104/92     | PERCENTUALE        | 100               |

| DATI DEL RICHIEDENTE |        |                |                            |
|----------------------|--------|----------------|----------------------------|
| NOME                 |        | COGNOME        |                            |
| NATO/A               | A      | IL             |                            |
| RESIDENTE A          |        | INDIRIZZO      |                            |
| TELEFONO             |        | MAIL           |                            |
| CELLULARE            |        | CODICE FISCALE |                            |
| PARENTELA            |        |                |                            |
| SITUAZIONE GIURIDICA |        |                |                            |
|                      | TUTORE |                | CURATORE                   |
|                      |        |                | AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO |

| ATTIVITA' RICHIESTA                    |                                         |
|----------------------------------------|-----------------------------------------|
| VALUTAZIONE PER SERV. ASS. DOMICILIARE | VALUTAZIONE PER SOLLIEVO IN EX RSA O CP |
| VALUTAZIONE PER CENTRO DIURNO          | VALUTAZIONE PER ASSEGNO DI CURA         |
| VALUTAZIONE PER GRADUATORIA C.R.A.     | VALUTAZIONE PER                         |
| VALUTAZIONE PER PASTI A DOMICILIO      | VALUTAZIONE PER                         |
| VALUTAZIONE PER SOSTEGNO ECONOMICO     | VALUTAZIONE PER                         |

| NOTE PER L'ATTIVITA' RICHIESTA |
|--------------------------------|
|                                |

| ALTRI SERVIZI E/O OPERATORI DA COINVOLGERE |
|--------------------------------------------|
|                                            |

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| FIRMA DEL RICHIEDENTE         |  |
| FIRMA DELL'ASSISTENTE SOCIALE |  |

**Con la presente esprimo il consenso al trattamento dei dati personali in base alla legge n. 196/03 ed al GDPR 679/16, all'interno della rete del Servizio Assistenza Anziani del Distretto di Scandiano -A.USL Reggio Emilia**

In fede \_\_\_\_\_