

RICHIESTA DI ISCRIZIONE IN LISTA D'ATTESA C.D.I

Cognome		
Nome		
Sesso	M	F

Data presentazione domanda cartacea
Data inserimento domanda in L.A

Nato/a a:	Il:	Cittadinanza:
Codice fiscale:		

(Compilazione a cura di Fondazione Casa di Industria)

NOTE: _____

Stato civile

- Celibe/Nubile
 Vedovo/a
 Coniugato/a
 Separato/a
 Divorziato/a

N° di figli: |__| maschi |__| femmine

Titolo di studio: _____ Precedente occupazione: _____

Residenza

In Via/ Piazza: _____ Città: _____ CAP: _____

- Vive con:
- Coniuge/Convivente Coniuge e figli Altro
 - Figli Parenti
 - Badante Solo/a

E' seguito dai Servizi Sociali del proprio comune?

SI	NO
----	----

 Quali servizi? _____

Cognome e Nome Assistente Sociale _____ Tel.: _____

ASST di residenza _____ Tessera sanitaria nr. _____

Medico curante _____ Tel. _____

Usufruisce del servizio ADI?

SI	NO
----	----

Usufruisce di altri servizi?

SI	NO
----	----

 Quali? _____

Possiede una certificazione di invalidità?

SI	NO
----	----

 Percentuale di invalidità riconosciuta _____

- Civile (data _____)
 di guerra (data _____)

- del lavoro (data _____) ○ in corso di ottenimento

(data di presentazione della domanda _____)

Percepisce un'indennità di accompagnamento? SI NO _____

Percepisce una pensione? SI NO

- anzianità/ vecchiaia ○ reversibilità
○ minima/ sociale ○ altro

Coniuge/Figli/Persone di riferimento

	Grado di parentela	Cognome e Nome	Indirizzo	Telefono	E-mail
1					
2					
3					

Amministratore di Sostegno

Amministratore di Sostegno SI NO Presentazione dell'istanza in Tribunale (in data _____)

Cognome e Nome _____ Tel.: _____ e-mail: _____

Decreto Giudice Tutelare (consegnato ai nostri uffici in data _____)

(Compilazione a cura di Fondazione Casa di Industria)

<p>Alla presente domanda sono stati allegati:</p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia di un documento in corso di validità</p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia della tessera sanitaria</p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia del verbale di invalidità e/o esenzioni</p>	<p><input type="checkbox"/> Certificazione medica/ documentazione sanitaria recente</p> <p><input type="checkbox"/> Piano terapeutico</p> <p><input type="checkbox"/> Fotocopia del decreto di nomina dell'Amministratore di Sostegno</p>
---	---

ACCETTAZIONE CONDIZIONI TARIFFARIE

1. Accettazione costo-retta giornaliera in vigore **anno 2023** deliberata dal Consiglio di Indirizzo in data 15 DICEMBRE 2022 (€29,00/die dal lunedì al venerdì, €32,00/die sabato);
2. L'ammissione è subordinata comunque all'accettazione del Contratto di Ingresso al C.D.I da parte dell'interessato/ da terzi legittimati/ da Enti pubblici.

Data _____ Per accettazione _____