

QUADRO CLINICO per OSPITE CASA SOGGIORNO

Da compilare a cura del Medico di Medicina Generale

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Indicare l'anamnesi patologica remota:

---

---

---

---

---

---

---

---

Indicare l'anamnesi patologica attuale:

---

---

---

---

---

---

---

---

A.P.S.P. Ubaldo Campagnola in Avio (TN)

Indicare la terapia in atto:

FARMACO	ORE 8	ORE 12	ORE 16	ORE 20

Contenzione  Descrizione \_\_\_\_\_

Allergie  Descrizione \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

IL MEDICO CURANTE \_\_\_\_\_

Spett.le

Azienda Pubblica di Servizi alla Persona  
*Ubaldo Campagnola* di Avio  
Via Campagnola, 5  
38063 – Avio (TN)

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Oggetto: Domanda di Accoglimento presso la Casa Soggiorno della A.P.S.P. Ubaldo Campagnola

(Dati Ospite)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_ n° tel. \_\_\_\_\_

attualmente presso \_\_\_\_\_

(Dati statistici)

Titolo di studio: \_\_\_\_\_

Professione: \_\_\_\_\_

Stato Civile: \_\_\_\_\_

Cognome Coniuge \_\_\_\_\_

Nr. figli: Maschi \_\_\_\_\_ Femmine \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'accoglimento su posto letto autorizzato di Casa di Soggiorno dal \_\_\_\_\_.

A tale scopo attesta:

- che il proprio nucleo familiare, oltre che dal sottoscritto, è composto da:

Cognome Nome	Data nascita	Rapporto parentela

- che i proprio congiunti obbligati agli alimenti (es. Fratelli e sorelle, Generi e nuore, Nipoti diretti ai sensi dell' art. 433 CC) sono:

Tipo	Cognome Nome	Indirizzo	Nr. telefono

- che la propria situazione reddituale è la seguente:

Pensione mensile € \_\_\_\_\_

Pensione mensile € \_\_\_\_\_

Indennità accompagnamento o altro mensile € \_\_\_\_\_

Proprietà fabbricati o terreni:  SI  NO

Se SI specificare  Abitazione principale e pertinenze  Altri fabbricati/terreni

- le seguenti persone alle quali si può fare riferimento:

Cognome e Nome	Indirizzo	Recapito telefonico	Tipologia di parentela/rapporto

e DICHIARA

1. di impegnarsi al pagamento della retta mensile;
2. di essere a conoscenza e di accettare l'importo delle tariffe deliberate annualmente dal Consiglio di Amministrazione e del Regolamento del servizio di Casa di soggiorno dell'APSP "Ubaldo Campagnola";
3. di garantire il pagamento di quanto dovuto entro il giorno 20 del mese successivo a quello di competenza: (**barrare la voce che interessa**)  
 totalmente in proprio

con l'intervento dei congiunti tenuti al concorso della retta;

4. di essere consapevole che il mancato pagamento senza giustificazione comporta le dimissioni dal servizio, fatto salvo il recupero

Allo scopo :

- autorizza, ai fini dell'accoglimento, l'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Ubaldo Campagnola" al trattamento dei propri dati personali e sanitari/sensibili 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 a fornire a codesta Spett.le Azienda una recente documentazione sanitaria in tempo utile all'effettivo accoglimento;

Attesta inoltre di essere consapevole che:

1. La presente domanda non costituisce diritto all'accoglimento, che è subordinato alla valutazione del personale competente e alla successiva autorizzazione.
2. Al momento dell'accoglimento l'utente dovrà fornire eventuali farmaci e presidi necessari alla gestione quotidiana.
3. 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.
4. L'Azienda non risponde per qualsiasi danno causato a terzi dall'utente nell'ambito della sua autonomia e libertà personale.
5. 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.

Note varie:

---

---

---

*Nel caso di impossibilità alla firma della domanda da parte del diretto interessato la richiesta può essere sottoscritta da un congiunto che si rende referente e garante.*

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

*(oppure)*

Firma del congiunto/referente \_\_\_\_\_

**Allegati:**     - fotocopia documento di identità  
                  - fotocopia tessera sanitaria