

COMPILAZIONE A CURA DEL RICHIEDENTE

CON CHI VIVE
<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figli <input type="checkbox"/> Altri parenti _____ <input type="checkbox"/> Badanti Presenza _____ _____ <input type="checkbox"/> Altro _____

TUTELA
<input type="checkbox"/> Amministrazione di sostegno N° decreto _____ <input type="checkbox"/> Inabilità <input type="checkbox"/> Interdizione <input type="checkbox"/> Curatela/procura Nome e cognome: _____ Recapiti: _____

- Presenza barriere architettoniche
- Altre difficoltà di accesso per il servizio di trasporto:

- Presenza ascensore
- Presenza servizi portierato
- Zona _____

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DEL CDI
<input type="checkbox"/> Direttamente <input type="checkbox"/> Assistente Sociale <input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale (medico curante) <input type="checkbox"/> Medico specialista _____ <input type="checkbox"/> Passaparola <input type="checkbox"/> Pubblicità <input type="checkbox"/> Eventi/manifestazioni <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Associazioni / Altro _____

GIORNI DI FREQUENZA RICHIESTI

- Tre giorni
- Quattro giorni
- Cinque giorni
- Sei giorni

SERVIZIO DI TRASPORTO

- Richiesto: andata ritorno
- Non richiesto
- Causa eccessiva distanza della propria residenza non può essere effettuato trasporto da parte del centro; pertanto l'arrivo e l'uscita dal centro sarà a cura del parente.

Data e Firma del richiedente

Ai sensi dell'art.10 della D.L.gs.196 del 2003 si informa che i dati indicati saranno utilizzati esclusivamente al fine di comunicazione, informazione per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo

Muggiò 26/06/2017