

RICHIESTA ACCESSO CENTRO DIURNO INTEGRATO

NOME E COGNOME _____ DATA DI NASCITA _____

LUOGO DI NASCITA _____ C.F. _____

INDIRIZZO RESIDENZA _____ PAESE _____ CAP _____

NOMINATIVO DI RIFERIMENTO _____ TELEFONO _____

☐ FIGLIO/A ☐ CONIUGE ☐ NIPOTE ☐ CONOSCENTE ☐ AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
☐ ALTRO PARENTE

VERBALE INVALIDITA' ☐ SI ☐ NO

AVVIATA PRATICA NOMINA ADS ☐ SI ☐ NO

MEDICO CURANTE _____ TEL. _____

CON CHI VIVE

☐ DA SOLO/A ☐ FIGLIO/A ☐ ALTRO PARENTE ☐ BADANTE

NUMERO FIGLI MASCHI _____ NUMERO FIGLIE FEMMINE _____

PRESENZA DI ALTRA RETE PARENTALE _____

TIPOLOGIA ABITAZIONE

☐ CASA SINGOLA ☐ PRESENZA BARRIERE ARCHITETTONICHE (SCALE)

☐ CONDOMINIO ☐ PIANO ABITAZIONE _____ PRESENZA ASCENSORE ☐ SI ☐ NO

TRASPORTO DA E VERSO IL CDI

☐ NECESSITA DI TRASPORTO ☐ PROVVEDE AL TRASPORTO IN AUTONOMIA

SITUAZIONE REDDITUALE

☐ PENSIONE DA LAVORO ☐ PENSIONE SOCIALE ☐ REVERSIBILITA'

☐ INDENNITA ACCOMPAGNAMENTO

SERVIZI ATTIVI

☐ SAD ☐ CDOM ☐ RSA APERTA ☐ MISURA B1/B2

ALTRI SERVIZI _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE

- ☐ COPIA DOCUMENTI IDENTITA' UTENTE
- ☐ COPIA DOCUMENTI IDENTITA' RETE DI RIFERIMENTO
- ☐ VERBALE INVALIDITA' se presente
- ☐ DOCUMENTAZIONE SANITARIA
- ☐ NOMINA ADS
- ☐ CERTIFICATO MEDICO COMPILATO DAL MEDICO CURANTE