



AZIENDA PUBBLICA di SERVIZI alla PERSONA
“CASA PER ANZIANI”

Viale Trieste, n. 42 – Cividale del Friuli - C.A.P. 33043 (UD)
Tel. 0432 731048/732039 - Fax 0432 700863 - Part. IVA 02460260306
e-mail: casaperanziani@cividale.net



DOMANDA DI ACCOGLIMENTO

Il/La sottoscritto/a (familiare referente o, in caso di assenza, l'assistente sociale del Comune)

nella qualità di _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____

via _____ tel. _____

CHIEDE l'accoglimento per

Cognome e Nome _____

paternità _____ maternità _____

codice fiscale _____ stato civile _____

nato a _____ il _____

comune di residenza _____ via _____

titolo di studio _____ professione _____

tessera sanitaria n. _____ esenzione _____

Dichiara di prendere atto dell'art. 5 del "Regolamento anagrafico della popolazione residente" D.P.R. 30 maggio, n. 223, per il quale all'avvenuto trasferimento della dimora abituale dell'Ospite accolto, si procede alla mutazione anagrafica di cui all'art. 10 dello stesso decreto.

Dichiara, sotto la propria responsabilità, che le notizie fornite corrispondono a verità e allega la documentazione richiesta.

Data _____

Firma _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto _____, in qualità di (ospite/parente/ecc.) _____, dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi degli art. 7/8/9/10 e 13 del D.Lgs. 196/2003 unitamente alla copia degli stessi articoli ed esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali dalla citata Legge con particolare riguardo a quelli cosiddetti sensibili, nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

Data _____

Firma _____

PARTE RISERVATA ALL'A.S.P. "CASA PER ANZIANI"

Dall'esame della documentazione sanitaria

Il/La signor/a _____

PUÒ ESSERE ACCOLTO

NON PUÒ ESSERE ACCOLTO

Data _____

Il Direttore Sanitario _____

DATA INGRESSO _____

REPARTO _____

STANZA _____ POSTO LETTO N. _____

autosufficiente

semi-autosufficiente

non-autosufficiente

Il Direttore Sanitario _____

Vista la determinazione del Direttore Sanitario e la documentazione amministrativa agli atti, si accoglie

~~~~~  
Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 per il trattamento dei dati personali

### *A. Finalità e modalità del trattamento*

I dati vengono trattati in relazione ad esigenze di carattere assistenziale e sanitario – registrazione degli Ospiti e loro gestione amministrativa, diagnosi, cura e terapia, monitoraggio di gruppi a rischio, interventi in casi di calamità, epidemie o malattie infettive – di carattere sociale – servizi sociali e di assistenza, attività di volontariato, attività di solidarietà e beneficenza – di carattere amministrativo – determinazione delle tariffe e delle spese correlate, fatturazione, rendicontazione all'Azienda Sanitaria, cambio di residenza - di carattere generale – prenotazioni di servizi, relazioni con il pubblico. I dati verranno trattati in forma scritta e organizzati in archivi in forma automatizzata e non.

Inoltre si informa che l'accesso pedonale e carraio è sorvegliato da apposite telecamere, per permettere al personale preposto la gestione dei relativi cancelli. Non viene effettuata nessuna registrazione dell'immagine.

### *B. Natura del conferimento*

Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria per tutto quanto è richiesto dagli obblighi legali, sanitari e contrattuali e, pertanto, l'eventuale rifiuto a fornirli o al successivo trattamento potrà determinare l'impossibilità della scrivente a dar corso ai rapporti medesimi.

### *C. Conseguenze di un eventuale rifiuto a produrre dati*

Il mancato conferimento di tutti i dati che non siano riconducibili ad obblighi legali, sanitari o contrattuali verrà valutato dalla scrivente di volta in volta e determinerà le conseguenti decisioni rapportate all'importanza dei dati richiesti rispetto alla gestione del rapporto.

### *D. Categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati*

I dati potranno essere comunicati ad Aziende Ospedaliere e Sanitarie, ai Comuni ed a Pubbliche Amministrazioni in genere per gli adempimenti di legge, al Servizio di Tesoreria dell'Ente e a ditte e professionisti esterni in convenzione per l'espletamento dei servizi.

### *E. Diritti dell'interessato*

Si rilascia in copia gli articoli 7/8/9/10 e 13 del D.Lgs. 196/2003

### *F. Titolare al trattamento dei dati e/o responsabile*

Il titolare al trattamento dei dati è: *A.S.P. Casa per Anziani*

COMUNE DI \_\_\_\_\_

P. IVA – COD. FISCALE \_\_\_\_\_

PROT. N. \_\_\_\_\_

OGGETTO: Domanda impegnativa di ricovero.-

Spett.le

A.S.P. "Casa per Anziani"  
Viale Trieste, n. 42  
33043 Cividale del Friuli (UD)

Il sottoscritto, nella sua qualità di Sindaco o Dirigente/Responsabile posizione organizzativa, chiede l'accoglimento presso Codesto Istituto del/la Signor/a:

COGNOME e NOME \_\_\_\_\_

NAT \_\_ a \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

PATERNITÀ \_\_\_\_\_ MATERNITÀ \_\_\_\_\_

STATO CIVILE \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

#### D I C H I A R A

1. **DI ASSUMERE** le rette di mantenimento con impegno ad inviare copia del relativo atto amministrativo regolarmente approvato ed esecutivo;
2. **DI ACCETTARE** eventuali successive variazioni di rette;
3. **DI IMPEGNARSI** a ritirare l'Ospite qualora la sua presenza diventi incompatibile con la disciplina interna dell'Istituto o vengano sospesi o ritardati i pagamenti;
4. **DI IMPEGNARSI** al pagamento della retta su presentazione di contabilità mensile nelle modalità indicate nelle fatture stesse;
5. **DI CONSENTIRE** al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati e di quelli dell'Ospite rappresentato qualificati come personali dal D.Lgs.196/2003 in relazione ad esigenze di carattere assistenziale e sanitario – registrazione degli Ospiti e loro gestione amministrativa, diagnosi, cura e terapia, monitoraggio di gruppi a rischio, interventi in casi di calamità, epidemie o malattie infettive – di carattere sociale – servizi sociali e di assistenza, attività di volontariato, attività di solidarietà e beneficenza – di carattere amministrativo – determinazione delle tariffe e delle spese correlate, fatturazione, rendicontazione all'Azienda Sanitaria, cambio di residenza - di carattere generale – prenotazioni di servizi, relazioni con il pubblico. I dati verranno trattati in forma scritta e organizzati in archivi in forma automatizzata e non.

DATA \_\_\_\_\_

IL SINDACO – IL DIRIGENTE/RESPONSABILE

COMUNE DI \_\_\_\_\_

P. IVA – COD. FISCALE \_\_\_\_\_

PROT. N. \_\_\_\_\_

OGGETTO: Autorizzazione al ricovero.-

Spett.le

A.S.P. "Casa per Anziani"  
Viale Trieste, n. 42  
33043 Cividale del Friuli (UD)

Il sottoscritto, nella sua qualità di Sindaco o Dirigente/Responsabile posizione organizzativa, autorizza l'accoglimento presso Codesto Istituto del/la Signor/a:

COGNOME e NOME \_\_\_\_\_

NAT \_\_ a \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

PATERNITÀ \_\_\_\_\_ MATERNITÀ \_\_\_\_\_

STATO CIVILE \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

#### D I C H I A R A

1. **DI IMPEGNARSI** al pagamento della retta su presentazione di contabilità mensile nelle modalità indicate nelle fatture stesse in caso di inadempimento al pagamento da parte del signor \_\_\_\_\_.

DATA \_\_\_\_\_

IL SINDACO – IL DIRIGENTE/RESPONSABILE



**AZIENDA PUBBLICA di SERVIZI alla PERSONA  
"CASA PER ANZIANI"**

Viale Trieste, n. 42 – Cividale del Friuli - C.A.P. 33043 (UD)  
Tel. 0432 731048/732039 - Fax 0432 700863 - Part. IVA 02460260306  
e-mail: [casaperanziani@cividale.net](mailto:casaperanziani@cividale.net)



CERTIFICATO MEDICO DI

SIGNOR/A \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

**ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA** (patologie importanti ed eventuali ricoveri, allergopatie, traumi ed esiti, interventi chirurgici, patologie psichiatriche ...):

---

---

---

---

---

**ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA:**

---

---

---

---

---

**ESAME OBIETTIVO**

**Apparato cardio-respiratorio:**

---

---

---

**Apparato genito-urinario:**

---

---

---

**Apparato neuro-muscolare:**

---

---

---

**Apparato osteoarticolare:**

---

---

---

**Apparato endocrino:**

---

---

---

**Cute ed annessi:**

---

---

**Occhi:**

---

---

**Orecchie:**

---

---

**Bocca e rinofaringe:**

---

---

P.A. \_\_\_\_\_ Peso kg. \_\_\_\_\_ Altezza cm. \_\_\_\_\_

**Abitudini:** Fumatore NO  SI  Quante sigarette al giorno ? \_\_\_\_\_  
Fa uso di alcolici NO  SI  Modica quantità   
Alcolista   
Fa uso di stupefacenti NO  SI  Quali? \_\_\_\_\_

**Vaccinazioni:** Antitetanica NO  SI  Data somm.ne \_\_\_\_\_  
Data somm.ne \_\_\_\_\_  
Data somm.ne \_\_\_\_\_

**Altre vaccinazioni:**

---

---

**Terapia attuale e posologia:**

---

---

---

**Recenti esami ematochimici e/o referti esami strumentali/visite specialistiche ritenuti significativi:**

---

## NOTIZIE DI CARATTERE ASSISTENZIALE

**Deambulazione:** autonoma  bastone  girello  impossibile   
se impossibile: si alza autonomamente in carrozzina   
deve essere alzato in carrozzina   
è costantemente allettato

**Eliminazione:** È incontinente NO  SI  Deve essere accompagnato in bagno NO  SI   
urine  feci  urine/feci   
Uso di: pannolone  condor  catetere perman.   
Alvo: regolare  diarroico  stitico

**Ha piaghe da decubito:** NO  SI   
se SI in quale zona e di che grado: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Trattamento attuale: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Alimentazione:** autonoma  piccolo aiuto  dipendente   
Entrale con sondino naso-gastrico   
denti propri  protesi  edentulo   
Dieta: solida  semi-solida  liquida   
Diete speciali: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Igiene personale:** autonoma  piccolo aiuto  dipendente   
Si veste da solo  piccolo aiuto  dipendente

**Ritmo sonno/veglia:** normale  insonnia   
inversione sonno/veglia  ipersonnia

**Comportamento:** tranquillo  agitato  aggressivo   
confuso/disorientato  tende a fuggire  vagabondaggio

**Riabilitazione:** non necessaria  necessita di fisioterapia   
Se necessaria con quali interventi: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Giudizio complessivo:** AUTOSUFFICIENTE  NON AUTOSUFFICIENTE

**Si certifica l' idoneità a vivere in comunità**

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma leggibile del medico curante  
\_\_\_\_\_



**AZIENDA PUBBLICA di SERVIZI alla PERSONA  
“CASA PER ANZIANI”**

Viale Trieste, n. 42 – Cividale del Friuli - C.A.P. 33043 (UD)  
Tel. 0432 731048/732039 - Fax 0432 700863 - Part. IVA 02460260306  
e-mail: [casaperanziani@cividale.net](mailto:casaperanziani@cividale.net)



## Relazione sociale finalizzata all'accoglimento in “Casa per Anziani”

- Dati anagrafici
- Situazione socio-familiare
  - nucleo di convivenza*
  - rapporti con familiari conviventi e non*
  - rete di supporto*
  - civilmente obbligati*
- Informazioni generali
  - Situazione sanitaria con particolare riferimento all'aspetto sociale*
  - Motivo della richiesta di accoglimento*
  - Eventuali problemi per la convivenza*
  - Precedenti ricoveri in strutture simili*
  - Precedenti esperienze con altri servizi*
  - Disponibilità dei familiari a collaborare*
  - Indennità accompagnamento*
  - Recapiti- persone di riferimento*
- Valutazione globale e proposte dell'assistente sociale