

Hotel Adda ****
Residenza e Centro Diurno per anziani

DOMANDA DI INGRESSO
Allegato B

Dati dell'interessato:

Cognome Nome

Sesso F M Stato civile data di nascita

Luogo di nascita

Residenza in vian. Comune

Prov. C.A.P. Recapito telefonico

Domicilio *(solo se diverso dalla residenza)*

Carta Regionale dei servizi – Codice Assistito (allegare copia)

Carta d'identità (allegare copia)Codice fiscale

Percentuale di invalidità Indennità di accompagnamento Sì No

Chiede di essere inserito in:

RESIDENZA PER ANZIANI in modo temporaneo data dimissione
senza previsione di dimissione

CENTRO DIURNO ANZIANI

Dati del familiare/conoscente di riferimento per la presentazione della domanda:

Rapporto di parentela

Cognome Nome

Data di nascita Luogo di nascita

Residenza in vian. Comune

Prov. C.A.P. Recapito telefonico

“L'Accoglienza” s.r.l.
Via Cappuccini, 4 - 20122 Milano
Tel. 039.514015 - mail: info@hoteladda.eu

Hotel Adda **
Residenza e Centro Diurno per anziani**

Ha avuto precedenti ricoveri in altre strutture (RSA/comunità alloggio/CDI/altro)?

Sì No

Se sì, indicare dove e il periodo

Motivi dell'eventuale dimissione

.....

Indicare il nome e il recapito telefonico del Medico di Medicina Generale

.....

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE DI CARATTERE SOCIALE

Come ci ha conosciuto?

Google Facebook Instagram Amici
passaparola Brochure
volantini

Cartellonistica

stradale Radio e TV Altro _____

INIZIATIVA DELLA DOMANDA

- utente stesso
- familiari
- medico di medicina generale
- assistente sociale

USUFRUISCE ATTUALMENTE DI ALTRI SERVIZI

- ADI
- SAD
- Assistente familiare
- Altro

L'INTERESSATO BENEFICIA DELLA NOMINA DI UN:

- Tutore
- Curatore
- Amministratore di Sostegno
- Ha in corso la pratica per la nomina di

PARENTI/CONOSCENTI REFERENTI

NOME COGNOME	GRADO DI PARENTELA	INDIRIZZO	RECAPITO TEL.

“L'Accoglienza” s.r.l.
Via Cappuccini, 4 - 20122 Milano
Tel. 039.514015 - mail: info@hoteladda.eu

Hotel Adda ****
Residenza e Centro Diurno per anziani

ALTRI FAMILIARI

.....
.....
.....

- Sono parte integrante della presente domanda:
 1. Copia della Carta regionale dei servizi;
 2. Copia della Carta di identità;
 3. Scheda sanitaria compilata dal Medico di Medicina Generale
 4. Stato vaccinale Covid 19
 5. Eventuali esenzioni
- Ai sensi del D.P.R. nr.445/00 le dichiarazioni mendaci contenute nella presente saranno perseguibili in base alla normativa vigente.

L'interessato ed i familiari di riferimento, dichiarano di aver ricevuto copia della "Carta dei Servizi", completa delle rette in vigore.

Addì,.....

Firma dell'interessato

Informativa ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679

I dati da lei forniti, anche di natura sensibile, saranno trattati, sia a livello cartaceo che informatico, al solo fine di gestire la lista d'attesa per l'ingresso come ospite presso Hotel Adda, il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto comporta la mancata possibilità di inserimento in lista d'attesa. I dati potranno essere comunicati a terze parti solo per le finalità indicate in precedenza e comunque secondo quanto previsto dai limiti di legge. Il titolare del trattamento è "L'Accoglienza" s.r.l. e il nome del responsabile è reperibile presso la segreteria. In ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679.

Autorizzo al trattamento dei dati personali e sensibili secondo quanto sopra descritto.

Cognome..... Nome.....

Firma

"L'Accoglienza" s.r.l.
Via Cappuccini, 4 - 20122 Milano
Tel. 039.514015 - mail: info@hoteladda.eu