

Spett.le Amministrazione del Centro
Servizi Socio Sanitari e Residenziali Malé
Via 4 Novembre, 4/A

38027 MALÉ' (TN)

OGGETTO: DOMANDA PER ASSEGNAZIONE ALLOGGIO PRESSO STRUTTURA ASSISTITA

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____

Nome _____

nato/a _____ il _____

residente a _____

in via _____

stato civile celibe / nubile separato/a

 coniugato/a divorziato/a

 vedovo/a

Codice fiscale _____

CHIEDE

con la presente di ottenere l'assegnazione di un alloggio presso gli appartamenti del Centro Servizi.

Allo scopo fornisce le seguenti notizie:

- **Abitazione Attuale:**

- Ubicazione : in paese in località isolata

In località disagiata

- **Titolo di godimento:**

- di proprietà in usufrutto

- in affitto

specificare: da privati

da familiari

da Ente pubblico

- **Situazione abitativa:**

- da solo

- in famiglia

specificare con chi _____

Altro specificare _____

- **Situazione alloggio:**

- Anno di costruzione approssimativo _____

- Eventuale ristrutturazione _____

- Stato di manutenzione: Buono Discreto Cattivo

- Presenta umidità? Si No

- A quale piano si trova? _____

- E' dotato di: acqua corrente Si No

servizio igienico Si No

acqua calda Si No

bagno o doccia Si No

impianto di riscaldamento Si No

ascensore Si No

- Facilità di accesso: dall'abitazione si raggiungono facilmente:

Negozi generi di prima necessità Si No

Ambulatorio medico Si No

Farmacia Si No

Ufficio Postale Si No

Chiesa Si No

Uffici pubblici Si No

Eventuali ulteriori informazioni sull'abitazione attuale _____

- **Relazionali:**

- Ha buoni e regolari rapporti con :

Familiari Si No

Parenti Si No

Vicinato	Si	No	
Volontariato	Si	No	
Associazioni	Si	No	
Uffici pubblici	Si	No	specificare quali:

	Frequenta		Desidererebbe frequentare	
	Si	No	Si	No
Circoli	Si	No	Si	No
Bar	Si	No	Si	No
Biblioteca	Si	No	Si	No
Amici	Si	No	Si	No
Vacanza anziani	Si	No	Si	No

- **Assistenziali:**

- Attualmente usufruisce del servizio domiciliare: Si No

Se si, con quale frequenza? _____

Se deve uscire, ha bisogno di essere accompagnato? Si No

Ritiene di avere necessità di assistenza o aiuto? Si No

Se si, per quali motivi? _____

Si ritiene: autosufficiente parzialmente autosufficiente non autosufficiente

Se pensa di rientrare in una delle ultime categorie, specificare i motivi:

- **Economiche:**

Da quali fonti deriva il reddito?

Pensione sociale

Pensione INPS categoria _____

Pensione da altri Enti specificare _____

Pensione di guerra

Indennità di accompagnamento

Integrazione P.A.T.

Minimo vitale

Da lavoro

Altro reddito specificare _____

- **Sanitarie:**

Si allega alla domanda la scheda sanitaria redatta dal proprio medico curante sul modulo predisposto.

N.B. Specificare se la domanda riguarda il solo richiedente o anche una seconda persona convivente _____ .

Nella seconda ipotesi dovranno essere redatte due schede sanitarie distinte.

Data _____

Firma _____

Il sottoscritto, acquisite le informazioni di cui all'art. 13 del D.Lgs 196/2003, acconsente al trattamento dei proprio dati personali, nei limiti e con le modalità per la trattazione della presente domanda.

Si impegna inoltre a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati.

Data _____

Firma _____

Spett.le
Centro Servizi Socio-sanitari e
Residenziali Malé
Viale 4 Novembre 4/A
38027 Malé (TN)

CERTIFICATO MEDICO

SIGNOR/SIGNORA

Cognome _____

Nome _____

nato/a _____ il _____

residente a _____

in via _____

Notizie cliniche e anamnesiche:

1) Interventi chirurgici Si No

Quali _____

2) Pregresse forme TBC Si No in atto Si No
Localizzazione _____ Ricoveri
sanatoriali _____

3) Malattie infettive Si No in atto Si No
Quali _____

4) Apparato cardio circolatorio:

Infarto del miocardio Si No Se si, in che anno? _____

Ipertensione arteriosa Si No P.A. abituale MX ____ MN ____

Arteriopatia obliterante arti inf. Si No

Ha avuto crisi di asma cardiaca? Si No Di edema polmonare? Si No

Soffre di: crisi stenocardiche? Si No

crisi dispnoiche? Si No

aritmie? Si No Quali? _____

altre malattie cardiocircolatorie? Si No Quali? _____

5) Apparato respiratorio:

Bronchite cronica Si No Frequenti riacutizzazioni? Si No

Enfisema polmonare Si No

Addensamenti polmonari Si No di natura atelettasica? _____
o neoplastica? _____

Soffre di: insufficienza respiratoria? Si No

Altre malattie dell'apparato respiratorio Si No

Quali? _____

6) Apparato gastro-enterico:

Epatopatie Si No Quali? _____

Gastropatie Si No Quali e di che natura? _____

Altre affezioni

E' incontinente? Si No
Soffre di malattie dell'apparato gastroenterico? Si No Quali?

7) Apparato genito urinario:

Ipertrofia prostatica: Si No
Episodi di cistopielite: Si No
Metropatie: Si No
Calcolosi: Si No
Altre affezioni

E' incontinente? Si No
Soffre di malattie dell'apparato genito urinario? Si No Quali?

8) Diabetico: Si No
In trattamento Si No con ipoglicemizzanti orali Si No

9) Artrosi: Si No
In quale distretto? _____
Con quali limitazioni di movimento? _____
E' in trattamento per tale malattia? Si No Quale? _____

10) Apparato audiovisivo: Quale capacità visiva ha? _____
Quale capacità uditiva ha? _____
Soffre di malattie dell'apparato audiovisivo? Si No Quali?

11) Stato psichico: Malattie di ordine psichico? Si No Quali? _____
Ha subito ricoveri in OP? Si No Quando? _____
Presenta anomalie del comportamento? Si No Quali? _____

Soffre di sindrome ansiosa o depressiva? Si No
Etilismo? Si No

12) Mobilità: Deambula: Normalmente Con difficoltà Con aiuto non deambula

13) Altre notizie utili: _____

14) Valutazione psicofisica sulla capacità di vivere autonomamente in appartamento protetto:

Data: _____

Il medico curante

(timbro e firma)