

**DOMANDA DI INSERIMENTO  
PRESSO I CENTRI DIURNI INTEGRATI ASL MILANO  
PER IL SIG./LA SIG.RA**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Età \_\_\_\_\_ Genere:  M  F

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Tessera sanitaria/Codice assistito \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via / Corso \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico \_\_\_\_\_

Domicilio (compilare solo se differente dalla residenza):

Domiciliato in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via / Corso \_\_\_\_\_

**RICHIEDENTE**

(COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DIRETTO INTERESSATO ALL'INSERIMENTO PRESSO IL CDI)

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via / Corso \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici: casa \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

Indirizzo e mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Legame di parentela \_\_\_\_\_

**GIORNI E ORARIO DI FREQUENZA RICHIESTI**

- Un giorno
- Due giorni
- Tre giorni
- Quattro giorni
- Cinque giorni
- Sei giorni
- Sette giorni
- Mezza giornata       Giornata completa

**SERVIZIO DI TRASPORTO**

- Richiesto:  andata    ritorno
- Non richiesto

**MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO**

---

---

---

---

---

---

---

---

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_ Firma del richiedente: \_\_\_\_\_

**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: _____
_____
_____

SITUAZIONE ABITATIVA
<input type="checkbox"/> Presenza barriere architettoniche
<input type="checkbox"/> Altre difficoltà di accesso per il servizio di trasporto: _____
<input type="checkbox"/> Presenza ascensore
<input type="checkbox"/> Servizi igienici adeguati
<input type="checkbox"/> Presenza servizi portierato
<input type="checkbox"/> Zona di Milano _____

CONVENZIONE
<input type="checkbox"/> Privato
<input type="checkbox"/> Convenzione con _____

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 _____

**DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:**

- ↳ CODICE FISCALE
- ↳ CARTA DI IDENTITÀ
- ↳ TESSERA SANITARIA

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

**COMPILAZIONE A CURA DI UN OPERATORE DEL CDI**

Cognome e Nome Ospite \_\_\_\_\_

SITUAZIONE FAMILIARE
<input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Divorziato/a <input type="checkbox"/> Celibe/nubile <input type="checkbox"/> Separato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a <input type="checkbox"/> Non dichiarato  <input type="checkbox"/> Fratelli (N:     ) ) <input type="checkbox"/> Sorelle (N:     ) )  <input type="checkbox"/> Figli (N:     ) ) <input type="checkbox"/> Figlie (N:     ) )
<p>Recapiti:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

SITUAZIONE ECONOMICA
<input type="checkbox"/> Nessuna pensione <input type="checkbox"/> Anzianità/vecchiaia <input type="checkbox"/> Minima/sociale <input type="checkbox"/> Guerra/infortunio sul lavoro, etc <input type="checkbox"/> Reversibilità  <input type="checkbox"/> In attesa di invalidità <input type="checkbox"/> Invalidità <p>↳ Tipo di invalidità:</p> <p>_____</p> <p>↳ Indennità accompagnamento</p> <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> In attesa accompagnamento <input type="checkbox"/> no

LIVELLO DI ISTRUZIONE
<input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Licenza elementare <input type="checkbox"/> Diploma medie inferiori <input type="checkbox"/> Diploma medie superiori in _____ <input type="checkbox"/> Laurea in: _____ <input type="checkbox"/> Altro _____

PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO
<input type="checkbox"/> Casalinga <input type="checkbox"/> Agricoltore <input type="checkbox"/> Operaio (ambito _____) <input type="checkbox"/> Impiegato (ruolo _____) <input type="checkbox"/> Artigiano (ambito _____) <input type="checkbox"/> Insegnante (in _____) <input type="checkbox"/> Imprenditore (ambito _____) <input type="checkbox"/> Libero Professionista ( _____) <input type="checkbox"/> Altro _____

RICHIESTA DI INSERIMENTO (CDI WEB)
<input type="checkbox"/> Assistente sociale <input type="checkbox"/> Familiare/affine <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> Medico ospedaliero/specialista <input type="checkbox"/> Propria <input type="checkbox"/> Soggetto civilmente obbligato

MOTIVAZIONE INSERIMENTO (CDI WEB)
<input type="checkbox"/> Alloggio non idoneo <input type="checkbox"/> Altra motivazione sociale <input type="checkbox"/> Insufficiente supporto familiare <input type="checkbox"/> Perdita autonomia (decorso degenerativo) <input type="checkbox"/> Solitudine <input type="checkbox"/> Stabilizzazione stato clinico (post acuzie)

<p><b>PROVENIENZA (CDI WEB)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dal domicilio</li> <li><input type="checkbox"/> Da istituto di ricovero per acuti</li> <li><input type="checkbox"/> Da struttura sociale</li> <li><input type="checkbox"/> Da istituto di riabilitazione (compresi ex drg 5000/2007)</li> <li><input type="checkbox"/> Da CSS</li> <li><input type="checkbox"/> Da RSA</li> <li><input type="checkbox"/> Da RSD</li> <li><input type="checkbox"/> Altro: _____</li> </ul>	<p><b>TIPOLOGIA DI POSTO (CDI WEB)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Autorizzato</li> <li><input type="checkbox"/> Accreditato</li> <li><input type="checkbox"/> Accreditato e contrattualizzato</li> </ul>
<p><b>SERVIZI SOCIO SANITARI ATTIVI</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> CMA di zona _____</li> <li>Assistente sociale di riferimento: _____</li> <li>Recapiti: _____</li> <li><input type="checkbox"/> SAD _____</li> <li><input type="checkbox"/> ADI _____</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> CPS _____</li> <li><input type="checkbox"/> Custode sociale – Portierato Sociale _____</li> <li><input type="checkbox"/> Associazioni volontariato _____</li> <li><input type="checkbox"/> Parrocchie _____</li> <li><input type="checkbox"/> Altro _____</li> </ul>
<p><b>ANALISI DEI BISOGNI</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Bisogni di tipo sociale <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> socializzazione per condizione di solitudine</li> <li><input type="checkbox"/> arricchimento rete sociale</li> <li><input type="checkbox"/> supporto familiare per problematiche di tipo sociale</li> <li><input type="checkbox"/> supporto familiare per difficoltà di tipo relazionale</li> </ul> <p>_____</p> <p>_____</p> </li> <li>☞ Bisogni di tipo sanitario <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> somministrazione terapia farmacologica</li> <li><input type="checkbox"/> interventi medico-infermieristici</li> <li><input type="checkbox"/> attività di riabilitazione funzionale (motoria/cognitiva)</li> </ul> <p>_____</p> <p>_____</p> </li> <li>☞ Bisogni di tipo assistenziale <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> elevato carico assistenziale al domicilio</li> <li><input type="checkbox"/> disturbi del comportamento /disturbi di tipo psichiatrico</li> </ul> <p>_____</p> <p>_____</p> </li> </ul> <p>Eventuale attivazione servizi all'interno della rete</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_ Firma del compilatore \_\_\_\_\_