

Alla Cortese attenzione

Cooperativa sociale IRIS

Il/la sottoscritto/a

Nato/a a:	Prov.:	il
Residente a:	In Via/P.zza: <input type="text"/> N° <input type="text"/>	
Codice fiscale:	Telefono: <input type="text"/>	
In qualità di		
<input type="radio"/> Diretto interessato <input type="radio"/> Familiare		<input type="radio"/> Amministratore di sostegno <input type="radio"/> Tutore

**Chiede l'inserimento presso la Comunità Alloggio per anziani** \_\_\_\_\_

- In regime residenziale
- In regime semiresidenziale - Centro Diurno (08.00 – 14.00)
- In regime semiresidenziale - Centro Diurno (08.00 – 20.00)

Per il/la Sig.ra

Nato/a		il
Residente a	In Via/P.zza	N° <input type="text"/>
Codice fiscale	Telefono: <input type="text"/>	

che attualmente si trova:

- A domicilio
- In ospedale
- Presso propri familiari
- In struttura protetta
- In struttura riabilitativa
- In Residenza Sanitaria Assistenziale

## DICHIARA INOLTRE

- a) di essere a conoscenza che l'inserimento in Comunità Alloggio è legato all' idoneità certificata dal medico di fiducia che attesti l'autosufficienza totale o parziale e l'idoneità alla vita comunitaria e alla successiva valutazione da parte del Responsabile della struttura in merito alla compatibilità dell'ospite alla vita in comunità alloggio;
- b) di aver preso visione del Regolamento di funzionamento della struttura e di conoscerne e accettarne i contenuti, nonché di impegnarsi a rispettare le eventuali integrazioni successivamente emanate.

Insieme alla presente domanda dovranno essere consegnati al Responsabile di struttura i seguenti documenti relativi all'ospite:

- ✓ **Scheda di valutazione idoneità psico-fisica alla vita in comunità alloggio, redatta dal medico curante (in allegato alla presente domanda);**
- ✓ **Scheda terapia ospite, redatta dal medico curante (in allegato alla presente domanda);**
- ✓ **copia del documento d'identità;**
- ✓ **tessera Sanitaria;**
- ✓ **attestazione di esenzione ticket;**
- ✓ **referti medici e indicazione della terapia in atto;**
- ✓ **copia del verbale riconoscimento invalidità civile;**
- ✓ **eventuale documentazione fornitura ausili;**
- ✓ **presidi e ausili ortopedici già in possesso;**
- ✓ **farmaci necessari al paziente e quant'altro in uso;**
- ✓ **eventuale scelta del medico.**

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Con la presente, ad ogni effetto di legge o di regolamento, ed in particolare ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196, dichiaro di avere attentamente e consapevolmente letto l'analitica informativa che al riguardo è stata resa dalla Cooperativa sociale IRIS. Ed inoltre che il mio libero, consapevole, informato, specifico ed incondizionato consenso:

È PRESTATO  È NEGATO

Al trattamento dei propri dati personali inclusi quelli sensibili, secondo le modalità e le finalità indicate nell'informativa.

Luogo e Data	Firma

*Nel caso in cui l'interessato non possa prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere o di volere, il consenso è manifestato da chi esercita legalmente la potestà, ovvero da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente od in loro assenza, dal Responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato – articolo 24 D.Lgs. 196/2003.*