

## DOMANDA D'INGRESSO

ALLA FONDAZIONE PENSIONATO "LIVIA CAVALIERI GALLERANI" ONLUS - CENTO

### OSPITE

Il sottoscritto Sig./Sig.ra.....nato a.....(.....)  
Il ..... residente a .....in Via.....n.....,  
rivolge all'Amministrazione di codesto Ente la presente Domanda d'ingresso **residenziale/temporaneo**  
dal..... al..... presso codesto Istituto.

### PARENTE e/o AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (Riferimento 1)

Il sottoscritto Sig./Sig.ra.....nato/a .....  
il..... codice fiscale .....residente a .....in  
Via.....n ..... cell, .....  
e-mail..... in qualità di parente di riferimento e/o  
Amministratore di sostegno convalida la domanda dell'Ospite impegnandosi a sottoscrivere, in caso di  
accettazione, il **Contratto di Accoglimento, la Domanda di scelta del Medico indicato dall'Ente e le  
comunicazioni agli Enti vari. (per TAO, ausili vari ecc.)**

### Altri parenti di riferimento:

Riferimento (2) relazione di parentela .....  
C.F..... Sig./Sig.ra .....  
cell. .... e-mail .....  
Riferimento (3) relazione di parentela .....  
C.F..... Sig./Sig.ra .....  
cell. .... e-mail .....

### Dichiarano di aver preso visione la seguente documentazione:

l'informativa privacy per Ospite e Riferimenti (1),(2) e (3)  
di avere ricevuto Copia della CARTA DEI SERVIZI.  
di avere ricevuto Copia del REGOLAMENTO INTERNO.

Cento, il \_\_\_\_\_

Firma dell'Ospite

Firma del

\_\_\_\_\_

Riferimento (1) \_\_\_\_\_

Riferimento (2) \_\_\_\_\_

Riferimento (3) \_\_\_\_\_

**Documenti da consegnare all'Infermiera della Struttura per l'esame della Domanda. Possono essere consegnati a mano oppure via e-mail all'indirizzo: [infermeria.pensionato@gmail.com](mailto:infermeria.pensionato@gmail.com)**

- Carta d'identità e codice fiscale dell'Ospite e dei Riferimenti (1), (2) e (3)
- Copia della nomina di amministratore di sostegno
- Documentazione sanitaria: Recapiti del Medico di Medicina Generale (MMG), Terapia in corso, datata e firmata dal MMG, Piani terapeutici se presenti, ultimo ricovero se presente, Anamnesi passata e recente firmata da MMG, Visite specialistiche di rilievo, es: geriatrica, Eventuali visite ed esami già prenotati, Certificato d'invalidità, Certificato di tutte le vaccinazioni eseguite, certificato di assistenza da parte dei Servizi Sociali del Comune se disponibile.
- Domanda d'ingresso
- Accettazione privacy ospite e riferimenti (1), (2) e (3)

L'ente esaminerà la documentazione prodotta, e comunicherà al Riferimento (1) l'esito entro 5 giorni lavorativi dalla data di presentazione della domanda, se ritenuto idoneo, invita tutti i Riferimenti, a sottoscrivere il **Contratto di accoglimento e gli altri documenti specificati nella domanda** e stabilire congiuntamente, la data e l'ora dell'ingresso.

In caso di richiesta di riparto delle spese fra tutti i Riferimenti, il **Contratto di accoglimento** dovrà essere sottoscritto da tutti e l'impegno assunto **solidalmente dai richiedenti**.

Firma dell'Ospite

Firma del

\_\_\_\_\_

Riferimento (1) \_\_\_\_\_

Riferimento (2) \_\_\_\_\_

Riferimento (3) \_\_\_\_\_

**DA PORTARE all'Ingresso**

- Farmaci (anche aperti) in uso
- Tessera sanitaria magnetica
- Bustina o beauty case con nome
- Prescrizione pannoloni
- Spazzolino da denti
- Dentifricio
- Kukident
- Porta dentiera
- Pettine
- Lacca



Corredo personale Ospiti Pensionato Cavalieri

Nome Ospite:

**CORREDO PERSONALE DA PORTARE AL MOMENTO DELL'ENTRATA NEL PENSIONATO CAVALIERI**

Indumenti	N.	Taglia / Note
Pantaloni invernali	15	
Giacche invernali con cerniera	15	
Pantaloni estive	15	
Giacche estive con cerniera	15	
Maglie maniche lunghe invernali	15	
Maglie maniche lunghe estive	10	
Maglie maniche corte estive	5	
Camicie da Notte / Pigiama	15	
Magliette intime cotone invernali	15	
Magliette intime cotone estive	15	
Canottiere intime estive	10	
Calze invernali/estive	15	
Mutande	15	
Scarpe in cotone con strap	2	

## EQUIPE DI VALUTAZIONE (Medico, Infermiera, RAA)

### I° VALUTAZIONE

Si comunica che l'equipe di valutazione ha giudicato il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
IDONEA / NON IDONEA alla nostra Struttura.

Se Idonea, l'ingresso avverrà il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Il giorno \_\_\_\_\_ l'Equipe effettuerà, passati 30 giorni dall'ingresso, la II° valutazione per stabilire il grado di necessità assistenziale.

Data \_\_\_\_\_

Firma Infermiera \_\_\_\_\_

---

### II° VALUTAZIONE

	1° GRADO	2° GRADO	3° GRADO
a) NECESSITA' DI ASSISTENZA	b)	c)	d)

Data \_\_\_\_\_

Firma Infermiera \_\_\_\_\_