

**Oggetto: domanda di ammissione al centro diurno per diversamente abili**

(da compilarsi a cura del familiare/tutore)

Il/la sottoscritto/a   
nato/a a  il  residente a   
in  n.  CAP  tel.   
email  C.F.

**CHIEDE**

l'inserimento nel centro diurno per persone diversamente abili

per il/la sig./sig.ra  in qualità di (indicare il grado di parentela)  Operatore Sociale di Riferimento

inserimento a tempo pieno  
 inserimento a tempo parziale:  mattina  pomeriggio  
 inserimento a tempo determinato dal  al

**Si allegano:**

- ISEE ordinario in corso di validità
- certificato L. 104/1992
- certificato di invalidità
- certificato di disoccupazione
- Altro:

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Si prende atto che i dati raccolti verranno trattati dal Comune di Tivoli - Titolare del Trattamento Dati, come descritto nell' informativa disponibile sul sito del Comune di Tivoli all'indirizzo <https://www.comune.tivoli.rm.it/> nella sezione Privacy e Responsabile della Protezione dei dati, resa ai sensi degli art. 13-14 del GDPR 2016/679 e dal D.Lgs 196/03 e s.m.i.

Luogo e Data

Firma

\_\_\_\_\_

**N.B.** Il modulo va consegnato in uno degli URP o inviato con email a [urp@comune.tivoli.rm.it](mailto:urp@comune.tivoli.rm.it) o con PEC a [info@pec.comune.tivoli.rm.it](mailto:info@pec.comune.tivoli.rm.it)

**Allegato 1**

## ANAMNESI SOCIALE

### INFORMAZIONI ANAGRAFICHE UTENTE

Nome e Cognome  nato/a a  il   
residente a  in  n.   
documento d'identità  C.F.   
Attuale collocazione

### COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE DELL'UTENTE

(per ogni componente indicare nome e cognome, data di nascita, grado di parentela)

Nome e Cognome	<input type="text"/>	nato/a il	<input type="text"/>	grado di parentela	<input type="text"/>
Nome e Cognome	<input type="text"/>	nato/a il	<input type="text"/>	grado di parentela	<input type="text"/>
Nome e Cognome	<input type="text"/>	nato/a il	<input type="text"/>	grado di parentela	<input type="text"/>
Nome e Cognome	<input type="text"/>	nato/a il	<input type="text"/>	grado di parentela	<input type="text"/>
Nome e Cognome	<input type="text"/>	nato/a il	<input type="text"/>	grado di parentela	<input type="text"/>
Nome e Cognome	<input type="text"/>	nato/a il	<input type="text"/>	grado di parentela	<input type="text"/>

Indirizzo di residenza del nucleo familiare   
Recapito telefonico del nucleo familiare

Recapito altri familiari e/o persone di riferimento

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### DIAGNOSI SANITARIA

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

### SITUAZIONE GIURIDICA

Interdizione:  si  no

Tutore  nato/a a  il   
residente a  in  n.   
tel.  email  C.F.

Amministrazione di sostegno:  si  no

Amministratore di sostegno  nato/a a  il   
residente a  in  n.   
tel.  email  C.F.

Inabilitazione:  si  no

Curatore  nato/a a  il   
 residente a  in   
 n.  tel.  email   
 C.F.

### SITUAZIONE SOCIALE

Informazioni sul contesto socio-familiare:


**Scolarizzazione**

conclusa scuola dell'obbligo  formazione professionale (*indicare il tipo di istituto*)

scuola superiore (*indicare il tipo di scuola*)

laurea (*indicare facoltà e università*)

altro

**Attività extra scolastiche/lavorative**


**Altre informazioni utili** (esperienze di integrazione sociale, inserimenti in altre strutture, volontariato, parrocchiale, ecc.):


**Attività attuale**

nulla/pensionato  lavoratore  studente

**Situazione pensionistica**

invalidità civile  indennità di accompagnamento  sociale  anzianità  reversibilità  infortunio sul lavoro  altro:

--

**Motivo della richiesta di inserimento e obiettivi del progetto**


**SERVIZI DI RIFERIMENTO**

servizio sociale comunale

Operatori referenti (*nome e cognome, qualifica, recapito*)


servizio ASL - Area della disabilità

Operatori referenti (*nome e cognome, qualifica, recapito*)


medico di base (*nome e recapito*)

--	--

altro (*specificare la tipologia del servizio, indirizzo, recapito e operatori referenti*)


Compilato da:

operatore

familiare

Si prende atto che i dati raccolti verranno trattati dal Comune di Tivoli - Titolare del Trattamento Dati, come descritto nell' informativa disponibile al seguente link: <http://comune.tivoli.rm.it/home/entrare/il-comune/privacy-responsabile-della-protezione-dei-dati/> resa ai sensi degli art. 13-14 del GDPR 2016/679 e dal D.Lgs 196/03 e s.m.i.

Luogo e Data

Firma

--

\_\_\_\_\_

**Allegato 2**

# ANAMNESI SANITARIA

PROFILO CLINICO FUNZIONALE (da compilarsi a cura del medico di base o altri medici specialisti)

Diagnosi attuale:


Anamnesi clinica:


Problematiche psicopatologiche ed aspetti comportamentali:


Terapia farmacologica attuale (nome del farmaco e posologia):


Malattie infettive pregresse:


Malattie infettive in atto:


Indicazioni per diete speciali, intolleranze e/o allergie alimentari e farmacologiche:


Dieta specifica:  **si**  **no**    Presenta problemi di deglutizione:  **si**  **no**    Necessita di cibi spezzettati:  **si**  **no**  
Protesi dentaria:  **si**  **no**    Presenta alterazioni del sonno:  **si**  **no** (se *si*, specificare)

--

Presenta incontinenza sfinterica:  **si**  **no** (se *si*, specificare)

--

Utilizza ausili per l'incontinenza:  **si**  **no**

Utilizza ausili/presidi (scarpe ortopediche, deambulatori, carrozzina, caschetto paracolpi, ecc.)  **si**  **no** (se *si*, specificare tipo e modalità d'uso)

--

Compilato da (indicare nome e cognome e qualifica):

--	--

Luogo e Data

--

Firma

\_\_\_\_\_