

FONDAZIONE G.SCOLA

Besana Brianza

DOMANDA DI ACCOGLIMENTO
MINI ALLOGGIO

Data di presentazione

DATI ANAGRAFICI DELL'UTENTE

Il/La Sottoscritto/a

Cognome: _____ Nome: _____

Nato a: _____ il: _____

Cittadinanza: _____ Stato civile : _____

Codice Fiscale : _____

Carta a d'Identità _____ Scadenza _____

Comune di residenza _____

Via/Piazza _____ Cap _____ Provincia _____

Tel _____ Cell. _____

E-mail _____

N° figli : maschi _____ femmine _____

Titolo di studio: _____ Professione svolta _____

Condizioni abitative attuali:

Con chi vive:

Coniuge Figlio/a Altro familiare Badante Solo Altro _____

Abitazione:

idonea non idonea (se no perchè) _____

di proprietà in affitto altro _____

Piano _____

Ascensore Si No

Barriere Architettoniche Si No

ALTRI DATI

ATS di appartenenza _____ Codice Sanitario _____
Medico _____ Telefono _____ Cell. _____
e-mail _____

Pensione:

Nessuna Minima/ sociale Anzianità/vecchiaia Reversibilità

Invalidità civile Si No

Indennità di accompagnamento: Si * No In attesa

***allegare fotocopia verbale ATS**

Soggetto in SAD (Servizio Assistenza Domiciliare) Si No

Parenti o persone di riferimento

Grado di parentela	Cognome e nome	Via e città	Telefono	Mail

Indica il sig./la sig.a _____ quale suo sostituto in ogni pratica relativa al rapporto con la Fondazione.

CHIEDE

Di essere accolto/a presso i Mini-Alloggi Protetti di codesta struttura

in via definitiva

a tempo determinato dal al

Causa:

A TAL FINE DICHIARA

1. Di essere a conoscenza e di accettare le norme contenute nella Carta dei Servizi e nel Regolamento dei mini alloggi con particolare riferimento alle modalità di assegnazione e di utilizzo degli alloggi;

2. Di accettare il seguente impegno economico :
Retta giornaliera pari a € _____ Appartamento singolo - doppio
3. Di versare all'atto dell'ingresso un deposito cauzionale pari a €. _____, infruttifero di interessi.
4. Di provvedere al pagamento della retta mensile anticipata che dovrà avvenire entro il giorno 15 del mese di riferimento.
5. Di prendere atto che le spese dovute per prestazioni straordinarie non attinenti alla normale assistenza alla persona sono a carico dell'Ospite e verranno conteggiate mensilmente.
6. Di accettare, qualora le condizioni psico-fisiche dell'utente non fossero compatibili con i servizi previsti ed autorizzati dalla struttura, che la Direzione della Fondazione stabilisca a suo insindacabile giudizio di provvedere in merito;
7. di avere ricevuto l'informativa sulla privacy ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 e delle norme nazionali vigenti in materia di privacy

In fede.

Luogo _____ Data _____

Firma

Allegati:

- **Stato di famiglia**
- **Fotocopie: Carta di identità – Codice fiscale – Tessera Sanitaria**
- **Certificato medico attestante le condizioni sanitarie e le patologie presenti**
- **Documentazione sanitaria recente in copia (ricoveri/visite specialistiche)**