



**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 \_\_\_\_\_

<p align="center"><b>GIORNI E ORARIO DI FREQUENZA RICHIESTI</b></p> <p><input type="checkbox"/> Un giorno</p> <p><input type="checkbox"/> Due giorni</p> <p><input type="checkbox"/> Tre giorni</p> <p><input type="checkbox"/> Quattro giorni</p> <p><input type="checkbox"/> Cinque giorni</p> <p><input type="checkbox"/> Sei giorni</p> <p><input type="checkbox"/> Sette giorni</p> <p><input type="checkbox"/> Mezza giornata      <input type="checkbox"/> Giornata completa</p>
<p align="center"><b>SERVIZIO DI TRASPORTO</b></p> <p><input type="checkbox"/> Richiesto:    <input type="checkbox"/> andata    <input type="checkbox"/> ritorno</p> <p><input type="checkbox"/> Non richiesto</p>

<p align="center"><b>MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--

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:     )
Recapiti: _____ _____ _____ _____

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 ↳ Tipo di invalidità: _____  ↳ Indennità accompagnamento <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)

PROVENIENZA (CDI WEB)
<input type="checkbox"/> Dal domicilio <input type="checkbox"/> Da istituto di ricovero per acuti <input type="checkbox"/> Da struttura sociale <input type="checkbox"/> Da istituto di riabilitazione (compresi ex drg 5000/2007) <input type="checkbox"/> Da CSS <input type="checkbox"/> Da RSA <input type="checkbox"/> Da RSD <input type="checkbox"/> Altro: _____

TIPOLOGIA DI POSTO (CDI WEB)
<input type="checkbox"/> Autorizzato <input type="checkbox"/> Accreditato <input type="checkbox"/> Accreditato e contrattualizzato

SERVIZI SOCIO SANITARI ATTIVI	
<input type="checkbox"/> CMA di zona _____ Assistente sociale di riferimento: _____ Recapiti: _____ <input type="checkbox"/> SAD _____ <input type="checkbox"/> ADI _____	<input type="checkbox"/> CPS _____ <input type="checkbox"/> Custode sociale – Portierato Sociale _____ <input type="checkbox"/> Associazioni volontariato _____ <input type="checkbox"/> Parrocchie _____ <input type="checkbox"/> Altro _____

ANALISI DEI BISOGNI
☞ Bisogni di tipo sociale <input type="checkbox"/> socializzazione per condizione di solitudine <input type="checkbox"/> arricchimento rete sociale <input type="checkbox"/> supporto familiare per problematiche di tipo sociale <input type="checkbox"/> supporto familiare per difficoltà di tipo relazionale _____ _____
☞ Bisogni di tipo sanitario <input type="checkbox"/> somministrazione terapia farmacologica <input type="checkbox"/> interventi medico-infermieristici <input type="checkbox"/> attività di riabilitazione funzionale (motoria/cognitiva) _____ _____
☞ Bisogni di tipo assistenziale <input type="checkbox"/> elevato carico assistenziale al domicilio <input type="checkbox"/> disturbi del comportamento /disturbi di tipo psichiatrico _____ _____
Eventuale attivazione servizi all'interno della rete _____ _____

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