



UNIONE DEI COMUNI ALTA SABINA

P.zza Vittorio Emanuele, 2 - 02037 Poggio Moiano (RI)

Cod. Fisc. e P.Iva 00915780571

Tel. 0765/875020

E-mail: unionecomunialtasabina@gmail.com

Pec: unionealtasabina@legalmail.it

All'Unione dei Comuni Alta Sabina
Al Comune di _____

AI PUA

RICHIESTA DI AMMISSIONE PRESSO IL CENTRO DIURNO ALZHEIMER SITO IN FARA SABINA

ANAGRAFICA UTENTE

Nome _____

Cognome _____

Data di nascita | | | | | Nato/a a. _____

Prov. _____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

N° _____ Tessera

Sanità _____

Residente Città _____

in via _____ C.A.P. _____

Domicilio (solo se diverso da residenza): Città _____

in via _____ C.A.P. _____

Telefono utente | | | | | | | | | | | | | | |

Email _____ @ _____

RICHIEDE

Che il/la Sig./Sig.ra _____

Cognome _____

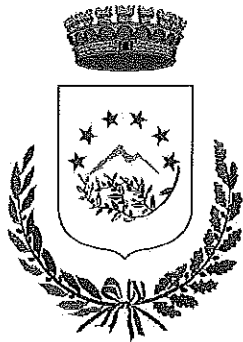
Data di nascita | | | | | Nato/a a. _____ Prov. _____

Codice fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Residenza: Città _____

in via _____ C.A.P. _____

Domicilio (solo se diverso da residenza): Città _____



UNIONE DEI COMUNI ALTA SABINA

P.zza Vittorio Emanuele, 2 – 02037 Poggio Moiano (RI)

Cod. Fisc. e P.Iva 00915780571

Tel. 0765/875020

E-mail: unionecomunialtasabina@gmail.com

Pec: unionealtasabina@legalmail.it

in _____ via _____ C.A.P. _____

Medico Curante Dott. _____

Telefono _____

Sia ammesso/a alla frequenza presso il Centro Diurno Alzheimer nel Comune di _____ Ai sensi dell'art 46, 71, 75 e 76 legge 28.12.200 n. 445 "testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materie di documentazione amministrativa"

DICHIARA

Che il nucleo famiglia convivente con il richiedente è così composto:

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

Nominativo	Relazione Di Parentela	Recapiti

ALTRI PARENTI NON CONVIVENTI

Nominativo	Relazione Di Parentela	Recapiti

PRESA IN CARICO DEI SERVIZI SOCIALI

Assistente sociale di riferimento	
Comune	

- Di essere a conoscenza che in caso di mancata disponibilità dei posti la domanda sarà inserita nell'apposita lista d'attesa;
- Di essere a conoscenza del fatto che l'ammissione punitive strutture subordinata un periodo di accertamento della durata non inferiore ai 15 giorni di presenza punto;
- Di essere a conoscenza nel fatto che sarà possibile richiedere un aggiornamento della valutazione in multidisciplinari sia richiesto dall'equipe del centro diurno;



UNIONE DEI COMUNI ALTA SABINA

P.zza Vittorio Emanuele, 2 – 02037 Poggio Moiano (RI)

Cod. Fisc. e P.Iva 00915780571

Tel. 0765/875020

E-mail: unionecomunialtasabina@gmail.com

Pec: unionealtasabina@legalmail.it

- Di essere a conoscenza del fatto che le dimissioni dell'utente possono avvenire per il sopraggiungere di condizioni di incompatibilità tra le caratteristiche del servizio erogato ed il quadro sintomatologico dell'utente;

Documenti da allegare obbligatorio per validare la domanda;

- Valutazione sanitaria a cura dell'Unità Valutativa Alzheimer (Centro U.V.A.) della ASL, non antecedente a 6 mesi, con diagnosi dalla quale risulti l'idoneità di frequenza del centro (art. 1 regolamento) "diagnosi demenza lieve o moderata" in base al MMSE somministrato al paziente con un punteggio nel Clinical Dementia Rating Scale da 0 a 2;
Per effettuare la valutazione sanitaria a cura dell'Unità Valutativa Alzheimer (Centro U.V.A.) della ASL, sita presso l'Ospedale di Rieti, è necessaria l'impegnativa del medico di base con la seguente dicitura: valutazione sanitaria per centro Alzheimer di Fara in Sabina.
- Copia documento d'identità del paziente e del tutore, curatore o amministratore di sostegno o copia della procura;
- Copia di eventuale provvedimento di nomina del tutore, curatore o amministratore di sostegno o copia della procura (se la domanda è presentata dal Rappresentante Legale).

Data
richiedente

II