

Al Comune di _____
del Distretto VT4

**RICHIESTA PER LA FRUIZIONE DEL CENTRO DIURNO INTEGRATO RIVOLTO A PERSONE
AFFETTE DA MALATTIA DI ALZHEIMER ED ALTRE FORME DI DEMENZA SENILE**

Nome _____
Cognome _____
Data di nascita |__|_|_|_| | Nato/a a. _____ Prov. _____
Codice fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Residente Città _____
in via _____ C.A.P. _____
Domicilio (solo se diverso da residenza): Città _____
in via _____ C.A.P. _____
Telefono |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Email _____ @ _____ .
In qualità di (indicare il grado di parentela) _____

CHIEDE

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 _____
in via _____ C.A.P. _____
Medico Curante Dott. _____
Telefono _____

la frequenza al Centro Diurno Alzheimer "Centro nel Bosco" sito a Vetralla in via del Bosco n. 64,

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 familiare convivente con il beneficiario 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 è subordinata ad un periodo di accertamento della durata non inferiore ai 15 giorni di presenza;
- Di essere a conoscenza del fatto che sarà possibile un aggiornamento della valutazione multidisciplinare sia su richiesta dell'utente che su indicazione dell'equipe del centro diurno;
- 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 obbligatori per validare la domanda;

- Valutazione sanitaria neuropsicologica a cura della Rete Disturbi Cognitivi Demenza dell'ASL di Viterbo o altri centri specializzati (Centro U.V.A.) della ASL, non antecedente a 6 mesi, con diagnosi dalla quale risulti l'idoneità di frequenza del centro "diagnosi demenza lieve o moderata" in base al MMSE somministrato al paziente con un punteggio nel Clinical Demential Rating Scale da 0 a 2.;
- Copia documento d'identità del paziente e/o del richiedente;
- 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);
- Attestazione ISEE

Data

Il richiedente