

Casa di Riposo

# *Pia Casa della Divina Provvidenza*

Via Galvani, 41 - Tel. 0321.45.22.39 – Fax 0321.41.05.28

E-mail: [info@divinaprovvиденza.com](mailto:info@divinaprovvиденza.com)

28100 NOVARA

## **RICHIESTA DI OSPITALITA'** **PER ANZIANI AUTOSUFFICIENTI E NON**

PER L'AMMISSIONE OCCORRE COMPILARE E SOTTOSCRIVERE IL PRESENTE MODULO E FAR CERTIFICARE AL MEDICO CURANTE, L'ALLEGATA SCHEDA SANITARIA.

ALL'ATTO DELLA CONSEGNA DEGLI STAMPATI, CHE DOVRÀ AVVENIRE PRESSO L'UFFICIO DI DIREZIONE, SI EFFETTUERÀ UN COLLOQUIO INFORMATIVO A COMPLETAMENTO DI QUANTO SOPRA.

LA DOMANDA SARÀ SUCCESSIVAMENTE ESAMINATA DA UNA APPOSITA COMMISSIONE CHE, STILATA UNA GRADUATORIA, PROVVEDERÀ ALL'AMMISSIONE DELL'OSPITE IN BASE ALLA DISPONIBILITÀ DEI POSTI ED IN ORDINE ALLA GRADUATORIA STESSA.

PER GLI OSPITI AUTOSUFFICIENTI È PREVISTA, PRIMA DELL'AMMISSIONE, UNA VISITA MEDICA PRESSO LA STRUTTURA. PER I NON AUTOSUFFICIENTI VERRÀ EFFETTUATA UNA VISITA DOMICILIARE.

Casa di Riposo

# *Pia Casa della Divina Provvidenza*

Via Galvani, 41 - Tel. 0321.45.22.39 – Fax 0321.41.05.28

E-mail: [info@divinaprovvienza.com](mailto:info@divinaprovvienza.com)

28100 NOVARA

## **DOCUMENTI DA ALLEGARE:**

- Domanda d'ingresso
- Relazione Sanitaria

## **OSPITE:**

- Carta d' Identità (*non scaduta*)
- Codice fiscale
- Libretto sanitario e nuova tessera sanitaria
- Attestato di esenzione Ticket
- Verbale di invalidità
- Piano terapeutico

## **GARANTE:**

- Fotocopia Carta d'Identità (*non scaduta*)
- Fotocopia Codice fiscale

Ospite \_\_\_\_\_

**PERSONE DI RIFERIMENTO OLTRE IL GARANTE**

**Persona di riferimento n. 1**

RELAZIONE DI PARENTELA

COGNOME

NOME

TELEFONO

CELLULARE

INDIRIZZO

COMUNE

PROVINCIA

CAP

**Persona di riferimento n. 2**

RELAZIONE DI PARENTELA

COGNOME

NOME

TELEFONO

CELLULARE

INDIRIZZO

COMUNE

PROVINCIA

CAP

**DATI SANITARI**

ASL

DISTRETTO

CODICE SANITARIO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MEDICO CURANTE

Esenzione TICKET

 Si No

Cod. esenz.

**ULTERIORI DATI DELL'OSPITE****Grado di istruzione**

- NESSUNO
- ALFABETI PRIVI DI TITOLO
- LICENZA ELEMENTARE
- LICENZA MEDIA INFERIORE O EQ.
- DIPLOMA
- DIPLOMA UNIVERSITARIO/LAUREA

**Professione svolta**

- NESSUNA
- CASALINGA
- OPERAIA/O
- IMPIEGATO
- LAVORATORE AUTONOMO
- LIBERO PROFESSIONISTA
- PENSIONATO
- .....
- .....

**Stato civile**

- NUBILE/CELIBE
- CONIUGATA/O
- DIVORZIATA/O
- SEPARATA/O
- VEDOVA/O
- FIGLI N. \_\_\_\_\_
- RELIGIOSA/O

**Pensione**

- NESSUNA
- MINIMA SOCIALE
- ALTRA PENSIONE

**Invalidità civile**

- Si
- No

**Indennità di accompagnamento**

- Si
- No
- IN ATTESA

**RISERVATO ALL'AMMINISTRAZIONE**

- RSA             RAF

DATA INIZIO CONVENZIONE

---

DATA FINE CONVENZIONE

---

- MEDICO CURANTE INTERNO DOTT. ....

**UTILIZZA IL SERVIZIO DI LAVANDERIA**

---

- SI

DATA INIZIO

---

NUMERO GUARDAROBA

---

DATA FINE

---

- No

Anno	200__
Pratica n.	
Reparto	

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_

IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_

PROV. (    |    )

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

TELEF. \_\_\_\_\_

### CHIEDE

**DI ESSERE OSPITATO/A** PRESSO LA PIA CASA DIVINA PROVVIDENZA

**DI POTER OSPITARE** PRESSO LA CASA DI RIPOSO "PIA CASA DIVINA PROVVIDENZA"

IL/LA PROPRIO/A .....(RELAZIONE DI PARENTELA)

### DATI DELL'OSPITE

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

PROV. (    |    )

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

RESIDENTE A \_\_\_\_\_

PROV. (    |    )

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_

### SI IMPEGNA

AD ACCETTARE LE DISPOSIZIONI E IL REGOLAMENTO DELLA PIA CASA DIVINA PROVVIDENZA.  
AD AUTORIZZARE IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DELLA LEGGE DEL 31.12.96 N. 675

Novara, li

Firma .....