



Piazza De Gasperi, 1 - 20024 Garbagnate Milanese
www.comune.garbagnate-milanese.mi.it

Settore Servizi Sociali
Centro Polifunzionale Ca' del di

Prot.

Data

DOMANDA DI AMMISSIONE AL CENTRO DIURNO INTEGRATO

Il / la sottoscritto / a _____

nato / a _____ il _____

residente a _____ via _____

telefono _____ Mail _____

in qualità di:

- diretto/a interessato/a
- Amministratore di sostegno
- coniuge
- figlio
- altro (specificare) _____

CHIEDE

L'inserimento presso il Centro Diurno Integrato

- per se stesso/a
- per il/la Sig./Sig.ra

Nome _____ Cognome _____

nato / a _____ il _____

residente a _____ via _____

domicilio _____ tel. _____

codice fiscale _____ n° tessera sanitaria _____

telefono _____

PROCURATORE, AUTORIZZAZIONI E TUTELA DEI DATI PERSONALI

Il CDI assicura il rispetto della normativa relativa al trattamento dei dati personali e sensibili degli ospiti come stabilito dall'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 e il segreto professionale. Le parti si danno reciproco consenso al trattamento dei dati in conformità a quanto disposto dal citato Regolamento limitatamente ed ai fini dell'esecuzione del contratto.

A tal proposito, in assenza di amministratore di sostegno o tutore legale, l'ospite dichiara di nominare il Familiare suo procuratore speciale, autorizzandolo a ricevere ogni informazione e ad assumere ogni scelta nell'interesse e in favore dell'ospite, anche con riferimento ai trattamenti sanitari, agli aspetti economici, alle scelte amministrative, al trattamento dei dati e ad ogni altro aspetto relativo al rapporto tra il CDI e l'ospite.

L'ospite autorizza altresì il personale del CDI a comunicare ogni informazione relativa alle prestazioni erogate dalla struttura, alle informazioni relative al suo stato di salute, ai progetti individualizzati e all'invio della fattura, al/alla coniuge nonché ai seguenti familiari:

- _____ (grado di parentela) _____
- _____ (grado di parentela) _____

RICHIESTA DI FREQUENZA

<input type="checkbox"/>	da lunedì a venerdì	tutto il giorno	dalle ore alle ore
<input type="checkbox"/>	da lunedì a venerdì	solo la mattina	dalle ore alle ore
<input type="checkbox"/>	da lunedì a venerdì	solo il pomeriggio	dalle ore alle ore
<input type="checkbox"/>	nei seguenti giorni:	Tutto il giorno solo la mattina solo il pomeriggio	dalle ore alle ore dalle ore alle ore dalle ore alle ore

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza che l'ammissione al C.D.I prevede un periodo di osservazione di 15 giorni durante il quale l'equipe multidisciplinare effettuerà una valutazione di idoneità per l'inserimento al Servizio e che solo successivamente si procederà alla sottoscrizione del contratto definitivo.

Firma ospite

Firma familiare Amministratore di sostegno/delegato.....

DICHIARAZIONE DEL FAMILIARE E ASSUNZIONE DI RESPONSABILITÀ

Il Familiare, sig. _____, in qualità di procuratore speciale dell'ospite nonché persona autorizzata a ricevere le informazioni dal CDI, dichiara sotto la propria responsabilità di aver acquisito il consenso da parte di tutti i familiari dell'ospite (fino al 3° grado di parentela) all'ingresso dell'ospite stesso nel CDI.

Consapevole delle proprie dichiarazioni e delle responsabilità che si assume con la presente dichiarazione, il Familiare dichiara di manlevare e tenere indenne il CDI e il Comune di Garbagnate Milanese da qualsiasi responsabilità, azione, costo, sanzione o spesa che dovesse derivare dalla falsità della presente dichiarazione e/o da eventuali richieste avanzate dai familiari fino al 3° grado.

Il familiare

.....

N.B.

Si richiede di allegare alla presente i seguenti documenti:

1. consenso informato firmato
2. informativa trattamento dati e raccolta del consenso firmato
3. copia della carta d'identità dei richiedenti
4. codice fiscale dei richiedenti

Si rilascia inoltre all'interessato l' informativa sulle rette aggiornate



Centro Diurno Integrato per Anziani
Via Bolzano, 22 Garbagnate Milanese Tel. 02.78618601
e-mail: cadeldi@comune.garbagnate-milanese.mi.it