

COMUNI DI AGLIANA – MONTALE – QUARRATA

Servizi Sociali

Vacanze anziani 2018

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Codice fiscale ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Residente a Montale in via/piazza _____ n. _____

Telefono _____ indirizzo di posta elettronica _____

Familiare/ conoscente di riferimento per eventuali notizie o comunicazioni :

Cognome e Nome _____ tel. _____

CHIEDE

L'iscrizione al soggiorno estivo 2018 secondo le preferenze sotto indicate (Il costo a persona è comprensivo della tassa di soggiorno):

Località	Periodo	Alberghi	Costo a persona
<input type="checkbox"/> LIDO DI CAMAIORE	Dal 18 Giugno al 2 Luglio	Hotel Florentia	€ 799,00
<input type="checkbox"/> RIMINI/RIVAZZURRA	Dal 17 Giugno al 1 Luglio	Hotel Trevi	€ 559,00
<input type="checkbox"/> VIAREGGIO	Dal 1 Settembre al 15 Settembre	Hotel La Pace	€ 736,00

Sistemazione in camera:

Camera Singola (la concessione è subordinata al pagamento di un supplemento: € _____ per Versilia, € _____ per Rimini)

Camera Doppia con _____:

Camera Matrimoniale con: (nominativo del coniuge/convivente):

Cognome e Nome _____

nato/a a _____ il _____

Codice fiscale ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

DA COMPILARE SOLO SE PARZIALMENTE O TOTALMENTE NON AUTOSUFFICIENTE (come da certificazione allegata):

Cognome e Nome
(accompagnatore/accompagnatrice) _____

nato/a a _____ il _____

Di impegnarsi a pagare la quota relativa al soggiorno dell'accompagnatore.

Il Richiedente dichiara altresì (solo per i soggiorni al mare) di scegliere la seguente opzione per il servizio spiaggia il cui costo non è compreso nel costo del soggiorno e il pagamento avverrà direttamente al proprietario dello stabilimento balneare :

Ombrellone + 2 sdraio

SI IMPEGNA

- 1) **ad accettare eventuale altra struttura alberghiera qualora quelli indicati nella presente domanda non fossero possibili.**
- 2) **A comunicare al Servizio Sociale, in forma scritta, l'eventuale rinuncia al soggiorno entro e non oltre dieci giorni dalla data della partenza.**

ALLEGA

- fotocopia di un documento di identità in corso di validità
- scheda sanitaria compilata dal medico di famiglia
- Solo in caso di non autosufficienza: Certificazione medica che ne attesti la condizione.

I dati personali forniti dai candidati saranno raccolti dal Comune di Montale per le finalità dell'avviso e trattati nel rispetto delle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 196/2003.

La comunicazione dei dati ad altri soggetti pubblici e ai privati verrà effettuata in esecuzione di obblighi di legge, di regolamento e per lo svolgimento delle funzioni istituzionali ai sensi di quanto previsto dal Decreto Legislativo n. 196/2003 e dalle ulteriori disposizioni integrative.

Montale,

(firma)



Cognome _____ Nome _____

Residenza _____ Tel. _____

Cod. Reg. _____ Data di nascita _____

CONDIZIONI GENERALI

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> BUONE | <input type="checkbox"/> MEDIOCRI |
| <input type="checkbox"/> Autosufficiente | <input type="checkbox"/> Non autosufficiente |
| <input type="checkbox"/> Completo | <input type="checkbox"/> Necessita di assistenza continua |
| <input type="checkbox"/> parziale | <input type="checkbox"/> Necessita di assistenza generica |

DEAMBULAZIONE

- Normale
 Con bastone
 Con accompagnatore
 Con carrozzella

FUNZIONE DEI VARI ORGANI

Indicare in: Normali N - Alterate A - Insufficienti I

Apparato respiratorio (___)
Apparato digerente (___)
Apparato renale (___)
Apparato cardiaco (___) (se alterato o insufficiente specificare il motivo (ex infartuato o altro) _____)

Portatore/ce di Pacemaker SI NO

- VISUS normale
 VISUS deficit
 UDITO normale
 UDITO deficit

Ipoteso SI NO

Iperteso SI NO

Pressione arteriosa _____

Affetto/a da diabete SI NO

è in cura insulinica SI NO

ATTIVITA' DI RELAZIONE

COMPORAMENTO

- Normale
- Depresso
- Ansioso
- Agitato
- Confuso

FUNZIONI MENTALI:

- Alterate
- Patologiche
- Ridotte
- Normali

Può vivere in comunità

SI

NO

INDICAZIONI SANITARIE

(da compilarsi in stampatello)

Soggetto affetto da _____

Eventuali cure mediche in atto: _____

In caso di emergenza: specificare i medicinali, via di somministrazione e posologia giornaliera _____

DIETA INDICATA

- Normale
- Iposodica
- Ipocalorica
- Diabetica

Prescrizioni particolari _____

Climatoterapia consigliata:

Marina

Montana

Giudizio conclusivo sullo stato di salute generale e sull'autosufficienza (da compilarsi in stampatello)

Data _____

IL MEDICO
Timbro e firma
