

FONDAZIONE PORTA SPINOLA

Mariano Comense

DOMANDA DI ACCOGLIMENTO  
MINI ALLOGGIO

“ *IL BORGO* ”

Data di presentazione .....

**DATI ANAGRAFICI DELL'UTENTE**

Il/La Sottoscritto/a

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_

Cittadinanza: \_\_\_\_\_ Stato civile : \_\_\_\_\_

Codice Fiscale : □□□ □□□ □□□□□ □□□□□

Carta a d'Identità \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

N° figli : maschi \_\_\_\_\_ femmine \_\_\_\_\_

Titolo di studio: \_\_\_\_\_ Professione svolta \_\_\_\_\_

**Condizioni abitative attuali:**

Con chi vive:

Coniuge  Figlio/a  Altro familiare  Badante  Solo  Altro \_\_\_\_\_

Abitazione:

idonea  non idonea (se no perchè) \_\_\_\_\_

di proprietà  in affitto  altro \_\_\_\_\_

Piano \_\_\_\_\_

Ascensore  Si  No

Barriere Architettoniche  Si  No

### ALTRI DATI

ATS di appartenenza \_\_\_\_\_ Codice Sanitario \_\_\_\_\_

Medico \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Pensione:

Nessuna  Minima/ sociale  Anzianità/vecchiaia  Reversibilità

Invalidità civile  Si  No

Indennità di accompagnamento:  Si \*  No  In attesa

**\*allegare fotocopia verbale ATS**

Soggetto in SAD (Servizio Assistenza Domiciliare)  Si  No

### Parenti o persone di riferimento

Grado di parentela	Cognome e nome	Via e città	Telefono	Mail

Indica il sig./la sig.a \_\_\_\_\_ quale suo sostituto in ogni pratica relativa al rapporto con la Fondazione.

### CHIEDE

Di essere accolto/a presso i Mini-Alloggi Protetti di codesta struttura

in via definitiva

a tempo determinato dal ..... al .....

Causa: .....

### A TAL FINE DICHIARA

1. Di essere a conoscenza e di accettare le norme contenute nella Carta dei Servizi e nel Regolamento dei mini alloggi con particolare riferimento alle modalità di assegnazione e di utilizzo degli alloggi;

2. Di accettare il seguente impegno economico :

Retta mensile pari a € \_\_\_\_\_

- Servizio di ristorazione  si  no

3. Di versare all'atto dell'ingresso un deposito cauzionale pari ad una mensilità, infruttifero di interessi.
4. Di provvedere al pagamento della retta mensile anticipata che dovrà avvenire entro il giorno 10 del mese di riferimento.
5. Di prendere atto che le spese dovute per prestazioni straordinarie non attinenti alla normale assistenza alla persona sono a carico dell'Ospite e verranno conteggiate mensilmente.
6. Di accettare, qualora le condizioni psico-fisiche dell'utente non fossero compatibili con i servizi previsti ed autorizzati dalla struttura, che la Direzione della Fondazione stabilisca a suo insindacabile giudizio di provvedere in merito;
7. di avere ricevuto l'informativa sulla privacy ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 e delle norme nazionali vigenti in materia di privacy

In fede.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma .....

**Allegati:**

- **Stato di famiglia**
- **Fotocopie: Carta di identità – Codice fiscale – Tessera Sanitaria**
- **Certificato medico attestante le condizioni sanitarie e le patologie presenti**
- **Documentazione sanitaria recente in copia (ricoveri/visite specialistiche)**