

**ALLA FONDAZIONE ATM
 ATTIVITA' FONDO SOCIALE
 TURISMO SOCIALE DI SOLLIEVO**

DATA RICHIESTA

(riservato all'Ufficio Fondazione)

DATI TITOLARE

Cognome Nome

Tel..... Cellulare..... MATRICOLA _____

 dipendente

 pensionato

PERIODO DI SOGGIORNO SOLLIEVO RICHIESTO (INDICARE FINO A TRE PREFERENZE)

Prima preferenza	dal _____ al _____
Seconda preferenza	dal _____ al _____
Terza preferenza	dal _____ al _____

**DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA CHE ACCEDE ALLA STRUTTURA
 (NOTA BENE – per più persone presentare ulteriori moduli di domanda)**

Nome..... Cognome..... Sesso M F

Cognome Marito.....

Nato/a a Prov..... il ___/___/___

Residente.....Prov..... Via.....

Cittadinanza..... ASL di residenza

Scolarità: nessuna elementari medie inferiori medie superiori università

Professione

 Stato civile: 1 celibe/nubile 2 coniugato/a 3 separato/a 4 divorziato/a
 5 vedovo/a 6 non dichiarato

Numero figli maschi: Numero figlie femmine:

Codice Fiscale Tessera Sanitaria.....

(Compilare i campi necessari)

 Tipo della domanda: 1 Nuova domanda 2 Domanda presentata in precedenza
 3 Inserimento avvenuto 4 Rinuncia temporanea
 5 Rinuncia definitiva

Motivo della domanda: 0 Dato non rilevato 1 Ha perso l'autonomia fisica
 2 La famiglia non è in grado di provvedere 3 Vive solo
 4 L'alloggio è inadeguato 5 Altro

Iniziativa della domanda: 0 Dato non rilevato 1 Soggetto stesso
 (o sollecitazione di) 2 Familiare o affine 3 Assistente sociale o altri servizi
 4 Medico 5 Tutore 6 Altro

Tipologia Assistenziale: 1 ricovero di sollievo
 2 Ricovero di emergenza o pronto intervento

Soggetto con buono socio-sanitario: Dato non rilevato Si
 No in lista di attesa
 No

Soggetto con assegno di accompagnamento: Dato non rilevato Si
 No domanda presentata No

Soggetto in ADI: Dato non rilevato Si No

Provenienza Ospite: 1 Soggetto che accede direttamente alla struttura dal domicilio
 2 Soggetto in dimissione da struttura sanitaria (ospedaliera) accreditata
 3 Soggetto in dimissione da struttura sanitaria (ospedaliera) non accreditata
 4 Soggetto in dimissione da Istituto di riabilitazione
 5 Soggetto in dimissione da altra struttura (Centro diurno integrato e ricovero a pagamento – ricovero di sollievo – emergenza o pronto intervento in altre RSA)
 6 Altro.

Onere della retta: 1 A totale carico dell'ospite.
 Contributo - sociale 2 Sia a carico del comune che dell'ospite.
 3 A carico di altri (assicurazioni-parenti-altro)

NOMINATIVO EVENTUALE ACCOMPAGNATORE

Nome..... Cognome..... Sesso M F

Nato/a a Prov..... il ___/___/___

Altre comunicazioni e note

Domanda MATRICOLA _____

Persone/Parenti di riferimento
(inserire secondo il grado di priorità del contatto)

Nome cognome	Cell.	Tel.
grado di parentela	e-mail	
Nome cognome	Cell.	Tel.
grado di parentela	e-mail	
Nome cognome	Cell.	Tel.
grado di parentela	e-mail	

Allegare alla presente e CONSEGNARE IN BUSTA CHIUSA indirizzata alla Commissione Tematiche Sociali:

- SCHEDE SOCIO-SANITARIA “Le Farfalle” Residenza – compilata a cura del medico curante
- altra eventuale documentazione sanitaria

OBBLIGATORIO PER I DIPENDENTI - DELEGA PER LE TRATTENUTE A LISTINO PAGA

In caso di accettazione della presente domanda, **autorizzo la Fondazione ATM** a trattenere la quota di partecipazione al soggiorno di sollievo richiesto dalle mie competenze mensili secondo le modalità previste dalla Carta dei Servizi vigente.

Data **Firma del dipendente**

Informativa D.Lgs 196/03: I dati personali raccolti con questa scheda sono trattati al fine esclusivo della formulazione della lista di attesa e dell'iter di ingresso presso la casa albergo “Le Farfalle” di Manerba sul Garda con modalità, anche automatizzate strettamente necessarie a tale scopo. Il conferimento dei dati è facoltativo: in mancanza tuttavia non potremo dar corso al servizio. Titolare del trattamento è La Fondazione ATM, per quanto di sua competenza ed il Direttore Amministrativo della Struttura cui la presente è rivolta, ai quali potrà rivolgersi per esercitare i diritti di cui accesso, correzione, opposizione a specifici trattamenti, ecc.

Consenso del richiedente il soggiorno: letta l'informativa, consento espressamente al trattamento dei dati personali miei e/o del mio familiare, qualora impossibilitato ad autonoma autorizzazione, per il quale la presente è formulata, per la gestione della domanda d'ingresso, e per le azioni connesse, come sopra specificato.

DATA ,

FIRMA

Consenso del destinatario del soggiorno: Letta l'informativa, consento espressamente al trattamento dei dati, per il quale la presente è formulata, per la gestione della domanda d'ingresso, e per le azioni connesse, come sopra specificato.

DATA ,

FIRMA

Domanda MATRICOLA _____