

# SCHEDA SOCIALE

(allegato alla domanda di ingresso in R.S.A)

Cognome.....Nome .....  
.nato/a a .....il.....C.F.....

## SCHEDA COMPILATA DA:

Sig./ra ..... in qualità di (rapporto Familiare o Giuridico)  
.....

Ass.te Sociale (Cognome e nome) ..... del territorio di  
.....

## USUFRUISCE ATTUALMENTE DI ALTRI SERVIZI

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ADI                           | <input type="checkbox"/> RSA                 |
| <input type="checkbox"/> SAD                           | <input type="checkbox"/> CDI                 |
| <input type="checkbox"/> Assistente Familiare<br>..... | <input type="checkbox"/> Altro (specificare) |

## INFORMAZIONI SOCIO/ASSISTENZIALI

Attualmente la persona vive:

- solo  in altra struttura  
 Altro (specificare)  
.....

## L'INTERESSATO BENEFICIA DELLA NOMINA DI

- Tutore  
 Curatore  
 Amministratore di Sostegno  
 Ha in corso la pratica per la nomina di (specificare)  
.....

## PARENTI E/O REFERENTI PER EVENTUALI CONTATTI

Nome e cognome	Grado di parentela	Indirizzo	Recapito telefonico	Recapito e-mail

L'interessato è informato della presentazione della domanda di ingresso in RSA?  Si  No

Se NO, perché  
.....

L'interessato ha partecipato alla scelta di ricovero?  Si  No

Ha avuto precedenti ricoveri in altre RSA?

Sì  No

Se Sì, indicare dove ed il periodo.....

Motivi dell'eventuale dimissione da altra RSA:

.....

Indicare Cognome, Nome e recapito telefonico del Medico di Medicina Generale:

.....

#### PROTESI E/O AUSILI IN USO

- Deambulatore
- Materassino e cuscino antidecubito
- Letto ortopedico
- Presidio per incontinenza
- Altro (specificare) .....

#### AUTOCERTIFICAZIONE NUCLEO FAMILIARE ORIGINARIO

Nome e cognome	Grado di parentela	Luogo e data di nascita	Residenza attuale	Recapito telefonico

Data

.....

Firma

.....