

**Hotel Adda \*\*\*\*  
Residenza e Centro Diurno per anziani**

**DOMANDA DI INGRESSO  
Allegato B**

**Dati dell'interessato:**

Cognome .....	Nome .....
Sesso F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Stato civile ..... data di nascita .....
Luogo di nascita .....	
Residenza in via .....	n. .... Comune .....
Prov. ....	C.A.P. .... Recapito telefonico .....
Domicilio <i>(solo se diverso dalla residenza)</i> .....	
Carta Regionale dei servizi – Codice Assistito (allegare copia) .....	
Carta d'identità (allegare copia) ..... Codice fiscale .....	
Percentuale di invalidità .....	Indennità di accompagnamento Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Chiede di essere inserito in:</b>	
<b>RESIDENZA PER ANZIANI</b> in modo temporaneo <input type="checkbox"/> data dimissione .....	
senza previsione di dimissione <input type="checkbox"/>	
<b>CENTRO DIURNO ANZIANI</b> <input type="checkbox"/>	

**Dati del familiare di riferimento per la presentazione della domanda:**

Rapporto di parentela .....	
Cognome .....	Nome .....
Data di nascita .....	Luogo di nascita .....
Residenza in via .....	n. .... Comune .....
Prov. ....	C.A.P. .... Recapito telefonico .....

“L'Accoglienza” società cooperativa sociale  
Via Edison, 27 - 23877 Paderno d'Adda (LC)  
Tel. 039.514015 - mail: info@hoteladda.org - www.hoteladda.org

**Hotel Adda \*\*\*\***  
**Residenza e Centro Diurno per anziani**

Ha avuto precedenti ricoveri in altre strutture (RSA/comunità alloggio/CDI/altro)?

Sì  No

Se sì, indicare dove e il periodo .....

Motivi dell'eventuale dimissione .....

Indicare il nome e il recapito telefonico del Medico di Medicina Generale

**INFORMAZIONI AGGIUNTIVE DI CARATTERE SOCIALE**

**INIZIATIVA DELLA DOMANDA**

- utente stesso
- familiari
- medico di medicina generale
- assistente sociale

**USUFRUISCE ATTUALMENTE DI ALTRI SERVIZI**

- ADI
- SAD
- Assistente familiare
- Altro

**L'INTERESSATO BENEFICIA DELLA NOMINA DI UN:**

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

**PARENTI REFERENTI**

NOME COGNOME	GRADO DI PARENTELA	INDIRIZZO	RECAPITO TEL.

**ALTRI FAMILIARI**

.....  
.....  
.....

“L’Accoglienza” società cooperativa sociale  
Via Edison, 27 - 23877 Paderno d’Adda (LC)  
Tel. 039.514015 - mail: info@hoteladda.org - www.hoteladda.org

**Hotel Adda \*\*\*\***  
**Residenza e Centro Diurno per anziani**

- Sono parte integrante della presente domanda:
  1. Copia della Carta regionale dei servizi;
  2. Copia della Carta di identità;
  3. Scheda sanitaria compilata dal Medico di Medicina Generale
- Ai sensi del D.P.R. nr.445/00 le dichiarazioni mendaci contenute nella presente saranno perseguibili in base alla normativa vigente.

**L'interessato ed i familiari di riferimento, dichiarano di aver ricevuto copia della "Carta dei Servizi", completa delle rette in vigore.**

Addì,.....

Firma dell'interessato

---

**Informativa ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679**

I dati da lei forniti, anche di natura sensibile, saranno trattati, sia a livello cartaceo che informatico, al solo fine di gestire la lista d'attesa per l'ingresso come ospite presso la Comunità alloggio Hotel Adda, il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto comporta la mancata possibilità di inserimento in lista d'attesa. I dati potranno essere comunicati a terze parti solo per le finalità indicate in precedenza e comunque secondo quanto previsto dai limiti di legge. Il titolare del trattamento è "L'Accoglienza" - società cooperativa sociale onlus - e il nome del responsabile è reperibile presso la segreteria. In ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679.

Autorizzo al trattamento dei dati personali e sensibili secondo quanto sopra descritto.

Cognome..... Nome.....

Firma

---

"L'Accoglienza" società cooperativa sociale  
Via Edison, 27 - 23877 Paderno d'Adda (LC)  
Tel. 039.514015 - mail: info@hoteladda.org - www.hoteladda.org