

# Comune di Ardea / Pomezia Distretto Sociosanitario RM 6.4

Al Comune di \_\_\_\_\_

## **RICHIESTA DI AMMISSIONE PRESSO IL CENTRO DIURNO ALZHEIMER SITO IN ARDEA VIA CORONA AUSTRALE 49**

**Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 DPR n. 445 del 28/12/2000**

Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( ) Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ altri recapiti \_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_

in qualità di:

Figlio/a     Tutore     Amministratore di Sostegno     Altro \_\_\_\_\_

### **RICHIEDE**

Che il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ ( ) Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Medico Curante Dott. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

sia ammesso/a alla frequenza presso il Centro Diurno Alzheimer di Ardea via Corona Australe 49.  
Ai sensi dell'art. 46, 71, 75 e 76 Legge 28.12.200 n° 445 "testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materie di documentazione amministrativa";

**DICHIARA**

**Che il nucleo familiare convivente con il richiedente è così composto:**

<b>Cognome e Nome</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Vincolo di parentela o assistenziale</b>	<b>Recapiti telefonici e/o mail</b>

**Che i familiari diretti non conviventi sono quelli di seguito indicati:**

<b>Cognome e Nome</b>	<b>Data di nascita</b>	<b>Vincolo di parentela o assistenziale</b>	<b>Recapiti telefonici e/o mail</b>

- Di essere a conoscenza che in caso di mancata disponibilità dei posti la domanda sarà inserita nell'apposita lista di attesa;
- Di aver preso visione del Regolamento del Centro Diurno e di accettarne integralmente le disposizioni contenute;
- Di essere a conoscenza del fatto che l'ammissione definitiva in struttura è subordinata ad un periodo di accertamento della durata non inferiore ai 15 giorni di presenza;
- Di essere a conoscenza del fatto che in caso di ammissione presso il Centro Diurno, la stessa ha validità annuale sarà pertanto necessaria una richiesta di rinnovo qualora vi siano la volontà e le condizioni tali da non ostacolare il proseguo della permanenza;
- Di essere a conoscenza del fatto che sarà possibile richiedere un aggiornamento della valutazione multidimensionale se richiesto dall'équipe del Centro Diurno;
- Di essere a conoscenza del fatto che le dimissioni dell'Utente possono avvenire per sopraggiunte condizioni di incompatibilità fra le caratteristiche del servizio erogato ed il quadro sintomatologico dell'Utente;

**Documenti da allegare obbligatori per validare la domanda:**

- Attestazione dell'accertamento della malattia di Alzheimer o altra demenza in fase iniziale o intermedia a cura di un CDCD (ex UVA) e dai servizi accreditati dal SSR con un **Punteggio nel Clinical Demential Rating Scale da 0 a 3**;
- Copia Documento di identità in corso di validità dell'utente e del familiare dichiarante firmatario;
- Copia Tessera Sanitaria dell'utente

**Data** \_\_\_\_\_

**Il richiedente**

**Il familiare**

**(in caso di impossibilità alla firma del richiedente, indicare il grado di parentela)**