

**PARENTI REFERENTI**

NOME COGNOME	GRADO DI PARENTELA	INDIRIZZO	RECAPITO TEL.

ALTRI FAMILIARI

.....

CONDIZIONI PENSIONISTICHE

Tipo di pensione/i:

Tipo di invalidità:

% di invalidità civile:

Indennità di accompagnamento: Sì No

Esenzione ticket sanitario per:

Pratiche in corso per:

COLLOCAZIONE ABITAZIONE

zona isolata (abitazione sita in luogo isolato, senza servizi, bus, negozi, etc.)

zona decentrata (abitazione sita in luogo fuori dal centro abitato ma con servizi, bus, negozi essenziali)

centro abitato

ADEGUATEZZA ABITAZIONE**BARRIERE ARCHITETTONICHE:**

nessuna

solo esterne

solo interne

esterne ed interne

BAGNO:

interno

esterno

supporti antiscivolo: Sì No

RISCALDAMENTO:

in tutti i locali

solo in alcuni locali

tipologia di impianto.....

MOTIVO DEL RICOVERO

stato di salute

solitudine

problemi familiari

problemi abitativi

I familiari di riferimento, dopo il ricovero, sono disponibili a collaborare in eventuali progetti di rientro in famiglia, anche giornalieri?

Sì

No

Il sottoscritto.....in qualità di.....dichiara che il/la sig.r/ra non è nelle condizioni psicofisiche per poter sottoscrivere quanto sopra, ed autocertifica in sua vece.

Data,

FIRMA
