



**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:    Si                       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:    Si                       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**

\_\_\_\_\_

**All. A**  
**(domanda di ingresso in R.S.A.)**