



Città di Pioltello

20096 - Via Carlo Cattaneo, 1

C.F. 83501410159 - P. IVA 00870010154

SETTORE SERVIZI ALLA PERSONA
Area Anziani e Disabili, Sezione Servizi Sociali

☎(02) 923.66.101
Fax (02) 92.161.258

RICHIESTA DI AMMISSIONE - ALLEGATO II
approvato con delibera del Commissario Straordinario n. 90 del 03.12.2015

AL COMUNE DI PIOLTELLO

SETTORE SERVIZI ALLA PERSONA

UOC SERVIZI SOCIALI, Area Anziani Disabili

Via C. Cattaneo, 1

20096 PIOLTELLO

Il sottoscritto _____
residente in _____ Via _____ n. _____
telefono/cell. _____ in qualità di _____

CHIEDE

l'ammissione presso il Centro Diurno Disabili "don Carrera" sito in Pioltello (MI), via C. Colombo, 3 - di
(cognome e nome) _____
nato/a _____ il _____
residente in _____ Via _____ n. _____
telefono _____

Allo scopo allega **in copia** la seguente documentazione:

- Carta di identità;
- Codice fiscale;
- Tessera sanitaria;
- Esenzione ticket;
- Verbale accertamento invalidità civile/indennità accompagnamento;
- Eventuale documentazione medica e relazioni cliniche precedenti;
- Certificato di subite vaccinazioni obbligatorie;
- Certificato attestante l'assenza di malattie tubercolari redatta a cura di un presidio pneumologico del territorio di residenza dell'ospite o della ASL Milano 2;
- questionario medico redatto a cura del Medico di Medicina Generale unitamente a **certificato medico** attestante l'assenza di malattie infettive tali da compromettere la vita di comunità corredato da esito di accertamenti atti ad escludere in particolare che la persona:



Città di Pioltello

20096 - Via Carlo Cattaneo, 1

C.F. 83501410159 - P. IVA 00870010154

SETTORE SERVIZI ALLA PERSONA
Area Anziani e Disabili, Sezione Servizi Sociali

☎(02) 923.66.101
Fax (02) 92.161.258

- non sia affetta da T.B.C. in forma contagiosa (test tubercolino; in caso di positività è necessario l'esame radiologico del torace);
 - non sia affetta da parassitosi della cute (pediculosi, scabbia, tigna);
 - non sia affetta da malattie a trasmissione oro-fecale o non sia nello stato di portatore degli agenti delle stesse malattie;
 - non sia affetta da epatite virale B in forma attiva o non sia nello stato di portatore di HBV (l'esito negativo dei marker di epatite B condiziona la frequenza all'esibizione del certificato di subita vaccinazione anti epatite B);
- Scheda Sociale sulle condizioni socio-ambientale redatta dall'assistente sociale del comune di appartenenza;
 - Eventuale attestazione relativa all'assunzione dei costi derivanti dalla presa in carico sottoscritto dal Comune inviante;

in caso di necessità oltre il sottoscritto contattare:

in qualità di _____

residente in _____ Via _____ n. _____

telefono /cell. _____

Il sottoscritto dichiara di assumersi ogni responsabilità in merito alla veridicità dei dati dichiarati e qui contenuti ed autorizza la raccolta, la trasmissione e l'archiviazione dei dati personali all'interno della rete degli enti competenti per legge in materia di servizi socio – sanitari / assistenziali nel rispetto del diritto alla riservatezza, in conformità a quanto previsto dal D.Lgs. 196/03

data _____

IL RICHIEDENTE
