



## Modulo per la richiesta di soggiorno

### Richiesta soggiorno

|                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                         |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Soggiorno dal                                        | <input type="text" value="26.09.2025"/>                                                                                                                                                                                                                                               | Soggiorno fino al                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="text" value="12.10.2025"/> |
|                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <small>Lasciare vuoto se indeterminato</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                         |
| Tipo soggiorno                                       | <input type="checkbox"/> Casa anziani<br><input type="checkbox"/> Soggiorno Temporaneo<br><input type="checkbox"/> Centro Diurno Terapeutico                                                                                                                                          | Soggiorno a tempo indeterminato, favorendo una<br><input type="checkbox"/> Camera singola <input type="checkbox"/> Camera doppia<br>Soggiorno di massimo 90 giorni,<br>camera doppia o singola attribuita secondo disponibilità<br>Permanenza di<br><input type="checkbox"/> mezza giornata <input type="checkbox"/> giornata intera<br>con ricorrenza <input type="text"/> |                                         |
| Urgenza                                              | <input type="checkbox"/> Urgente <input type="checkbox"/> Poco urgente <input type="checkbox"/> Sto solamente raccogliendo informazioni<br><input type="checkbox"/> Vorrei essere inserito nella lista d'attesa per un'ammissione indicativa a <input type="text" value="mese anno"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                         |
| Provenienza                                          | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                  | Destinazione                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="text"/>                    |
| <small>Luogo di soggiorno prima dell'entrata</small> |                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <small>dopo il soggiorno temporaneo</small>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                         |

### Dati personali dell'ospite

|                      |                                                                                                                                                                                                           |                  |                                         |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------|
| Cognome              | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                      | Data di nascita  | <input type="text" value="12.10.2025"/> |
| Nome                 | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                      | N° AVS (756...)  | <input type="text"/>                    |
| Indirizzo            | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                      | Stato civile     | <input type="text"/>                    |
| CAP e luogo          | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                      | N° telefono      | <input type="text"/>                    |
| Domicilio            | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                      | N° cellulare     | <input type="text"/>                    |
| Nazionalità          | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                      | E-mail           | <input type="text"/>                    |
| Tipo di permesso     | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                      | Lingua           | <input type="text"/>                    |
| Vive da solo?        | <input type="checkbox"/> Sì<br><input type="checkbox"/> No, vivo con <input type="checkbox"/> Coniuge/convivente <input type="checkbox"/> Figli <input type="checkbox"/> Specificare <input type="text"/> |                  |                                         |
| Percepisce           | <input type="checkbox"/> Assegni Grandi Invalidi <input type="checkbox"/> Prestazioni complementari <input type="checkbox"/> Altre prestazioni sociali                                                    |                  |                                         |
| Cassa malati         | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                      | N° assicurato    | <input type="text"/>                    |
| N° tessera (8075...) | <input type="text"/>                                                                                                                                                                                      | Scadenza tessera | <input type="text"/>                    |

#### Copie documenti da allegare:

- Carta d'identità fronte-retro  Tessera cassa malati fronte-retro  Permesso di soggiorno  
 Mandato di curatela

Se non riportati nell'ultima pagina:

- Ultima documentazione medica  Ultima documentazione infermieristica  Ultime analisi di laboratorio



## Persone di riferimento

### Medico curante

Cognome   
Nome   
Indirizzo   
CAP e luogo   
N° telefono   
E-mail

### Curatore

Inviare fatture a questo contatto

Cognome   
Nome   
Indirizzo   
CAP e luogo   
N° telefono   
E-mail

### 1° contatto

Inviare fatture a questo contatto

Relazione   
Cognome   
Nome   
Indirizzo   
CAP e luogo   
N° telefono/cellulare   
E-mail

### 2° contatto

Inviare fatture a questo contatto

Relazione   
Cognome   
Nome   
Indirizzo   
CAP e luogo   
N° telefono/cellulare   
E-mail

## Concessione procura per i rapporti con gli organi dell'AVS e dell'AI

Il(la) sottoscritto(a) concede la procura alla Fondazione Opera Caritas che autorizza a richiedere, agli organi dell'AVS e dell'AI, ogni informazione necessaria per il calcolo della retta (compresa quindi l'informazione se l'ospite è al beneficio dell'AGI). Il(la) sottoscritto(a) concede pure la procura alla Fondazione Opera Caritas che la autorizza a presentare richiesta, qualora ritenesse adempite le relative condizioni, per l'ottenimento dell'AGI

## Iscrizione in lista d'attesa

Compilando il modulo è possibile trasmettere la domanda di richiesta d'ammissione per soggiorno in casa per anziani. Quest'ultima non è vincolante per l'Istituto, ma attraverso di essa si potrà prendere conoscenza di alcuni elementi essenziali e verificarne l'urgenza.

Una volta decisa la data d'ammissione, il(la) richiedente dovrà presentare al più tardi al momento dell'entrata in Istituto la documentazione richiesta.

Luogo e data

Firma

Cognome e nome leggibile, di chi ha diritto di firma



## Diagnosi e terapie

Grado di dipendenza  Autosufficiente  Parzialmente dipendente  Dipendente

Motivi e obiettivi del ricovero  Continuazione delle cure sotto sorveglianza medica dopo intervento chirurgico  
 Continuazione delle cure sotto sorveglianza medica dopo malattia acuta  
 Riattivazione sotto sorveglianza medica dopo trauma  
 Valutazione e terapia di una malattia sotto sorveglianza medica  
 Altro, specificare \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mobilità  Deambulazione assistita  Deambulazione libera  Allettato  
 Mezzi ausiliari, specificare \_\_\_\_\_

Al presente modulo è da allegare l'ultimo rapporto medico e infermieristico e le ultime analisi di laboratorio oppure sono da indicare tutte le informazioni di seguito.

Senza tali informazioni non è possibile una valutazione accurata della disponibilità.

Diagnosi somatica e psichica

---

---

---

---

---

---

Terapia (specificare terapia orale, s/c, i/v, i/m, ossigeno, inalazioni, cerotti transdermici)

---

---

---

---

---

---

Medicazioni

---

---

---

---

---

---

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma medico curante \_\_\_\_\_

Timbro medico curante \_\_\_\_\_