

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE EMILIA-ROMAGNA
AZIENDA USL DI BOLOGNA

AL SERVIZIO ASSISTENZA ANZIANI
DEL DISTRETTO PIANURA OVEST
E, p. c. AL COMUNE DI SALA BOLOGNESE

RICHIESTA DI INSERIMENTO NELLA RETE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI INTEGRATI

Io sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente a _____ in via _____ n. _____ tel. _____
sesso _____ stato civile _____ Codice Fiscale _____

Segnalo la condizione di bisogno socio-sanitario del mio congiunto

Sig./ra _____ (grado di parentela _____)
nato a _____ il _____ residente a _____
in via _____ n. _____ tel. _____ Codice Fiscale _____
domiciliato presso _____ a _____ in via _____ n. _____
sesso _____ stato civile _____ Codice Fiscale _____

Nucleo familiare convivente

Cognome	Nome	Grado di parentela	Stato civile	Professione

Altri parenti non conviventi

Cognome	Nome	Grado di parentela	Stato civile	Indirizzo

In nome e per conto del mio congiunto chiedo pertanto:

1. La valutazione della sua situazione sanitaria e sociale
2. L'inserimento, in via prioritaria, nel sottoindicato servizio

	Tipologia di Servizio	Richiesto
A	ASSISTENZA DOMICILIARE COMUNALE	
B	ASSEGNO DI CURA	
C	CENTRO DIURNO	
D	CASA PROTETTA	
E	COMUNITA' ALLOGGIO	
F	ASSISTENZA SANITARIA PROGRAMMATA DOMICILIARE DA PARTE DEL MEDICO DI BASE	
G	ASSISTENZA INFERMIERISTICA	
H	ASSISTENZA ECONOMICA	
I	ALTRO	

