



*AZIENDA SPECIALE "TERRACINA"*  
*ENTE STRUMENTALE DEL COMUNE DI TERRACINA*



***Al Direttore  
dell'AZIENDA SPECIALE "TERRACINA"***

***ENTE STRUMENTALE DEL COMUNE DI TERRACINA  
PROVINCIA DI LATINA***

Il sottoscritto

nato a ( ) il / /

residente a Via

codice fiscale

Tel.

**CHIEDE**

In qualità di

L'inserimento di nato a

Il / /

Codice fiscale presso il

***CENTRO DIURNO DISABILI ADULTI AZIENDA SPECIALE "TERRACINA"***

Il sottoscritto

Dichiara di essere stato informato dal Servizio Sociale:

- \* delle finalità e modalità del trattamento dei dati;
- \* che i dati contenuti nella presente richiesta saranno oggetto di trattamento ai fini istituzionali, ai sensi dell'art. 10 della Legge 675/96;
- \* dei diritti di cui all'art. 13 della Legge 675/96.

Data

FIRMA

-----



**ATTO SOSTITUTIVO DI NOTORIETA'**  
(art. 46 e 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000, n. 445)

Il sottoscritto

Nato a ( ) il / /

Residente a via n.

Valendosi delle disposizioni di cui all'art. 47 del D.P.R. del 28 dicembre 2000, n.455 e consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni dagli artt. 483 e 496 del Codice Penale

**DICHIARA**

Sotto la propria responsabilità quanto segue:

che il nucleo familiare con cui vive l'utente è così composto:

NOME E COGNOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA	OCCUPAZIONE

- \* che l'utente da inserire nel Centro Diurno ha un reddito di pensione di €.....
- \* che l'utente è in possesso della certificazione rilasciata ai sensi della Legge 104/92
- \* che l'utente ha già usufruito del centro diurno per disabili di.....
- \* che si impegna a versare la retta mensile stabilita dall'Ente.

Allega la seguente certificazione:

[ ] verbale riconoscimento invalidità

[ ] certificazione rilasciata ai sensi della Legge 104/92

Dichiaro di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 della Legge 675/96 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Letto confermato e sottoscritto

Data

Il dichiarante

-----



**SCHEDA INDIVIDUALE PER INDAGINE CONOSCITIVA**

Inizio assistenza -----

**COGNOME** ----- **NOME** -----

**Nato a** ----- ( ) **il** / /

**Domiciliato a** ----- **via** ----- **n.** -----

**Tel.** -----

**Nucleo familiare**

Padre vivente si [ ] no [ ]

Nome e cognome

Età -----

Madre vivente si [ ] no [ ]

Nome e cognome

Età -----

**Altri familiari conviventi:**

----- grado di parentela -----

----- grado di parentela -----

----- grado di parentela -----

----- grado di parentela -----

----- grado di parentela -----



## **PROBLEMI INERENTI LA PERSONA**

Tipo di handicap (riportare diagnosi L. 104/92)

-----

Capacità motoria:

totale	parziale	nulla
[ ]	[ ]	[ ]

Capacità di apprendimento:

ritardo mentale lieve [ ] medio [ ] grave [ ]

difficoltà nella cura della propria persona si [ ] no [ ]

difficoltà di relazione insufficiente [ ] mediocre [ ] buona [ ]

difficoltà di comunicazione insufficiente [ ] mediocre [ ] buona [ ]

difficoltà di adattamento all'ambiente insufficiente [ ] mediocre [ ] buona [ ]

uso farmaci si [ ] no [ ]

tipo di farmaci -----quando -----

intolleranze alimentari si [ ] no [ ]

quali-----

-----

seguito da altri servizi si [ ] no [ ]

specificare il servizio e con quale modalità

-----

-----

-----