

# Casa dell'Anziano

## Comune di Baveno

Via 17 Martiri, 33 - 28831 - Baveno (Verbania)

☎ 0323/924484/923549 - Fax 0323/922135 - P. IVA 00388490039  
e mail: [casadellanziano@libero.it](mailto:casadellanziano@libero.it) / [info.casadellanziano@libero.it](mailto:info.casadellanziano@libero.it)

Ammissione n. ____/____ dal _____ cod. ospite _____ cod. _____ retta _____ n. biancheria _____
---

### DOMANDA DI AMMISSIONE TEMPORANEA CASA DELL'ANZIANO - COMUNE DI BAVENO (VB)

AL RESPONSABILE DEL SERVIZIO  
CASA DELL'ANZIANO - COMUNE DI BAVENO- VB

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono n. \_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_

attività lavorativa precedente \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

di essere ammesso/a **temporaneamente** presso la Casa dell'Anziano del Comune di Baveno per un periodo di mesi \_\_\_\_ a partire dal \_\_\_\_\_ sino al \_\_\_\_\_

A tal fine si allega certificato del proprio medico curante che certifica l'**autosufficienza, le condizioni generali di salute e la terapia farmacologica in atto.**

Distinti saluti.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

❖ **Indirizzi e numeri di telefono dei familiari:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**IMPORTANTE:NON SARANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE LE DOMANDE CHE GIUNGONO SPROVVISTE DEL CERTIFICATO MEDICO.**

**DOMANDA DI AMMISSIONE TEMPORANEA - ALLEGATO 1**

**DICHIARAZIONE DI IMPEGNO AL PAGAMENTO DELLA RETTA  
E ACCETTAZIONE DEL REGOLAMENTO INTERNO**

I/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

**SI IMPEGNA AL PAGAMENTO DELLA RETTA MENSILE DI**

**EURO \_\_\_\_\_**

così come fissata e annualmente aggiornata dall' Amministrazione Comunale per il soggiorno presso Casa dell'Anziano del Comune di Baveno.

Il pagamento avverrà in via anticipata entro il giorno **5 di ogni mese mediante versamento sul conto corrente postale n. 11968286 intestato a Casa dell'Anziano – servizio tesoreria.**

❖ **PER IL PAGAMENTO SPECIFICARE QUANTO SEGUE:**

**Il relativo bollettino di conto corrente postale dovrà essere spedito:**

al/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_

al seguente indirizzo \_\_\_\_\_

(per eventuali addebiti in banca presentarsi c/o l'ufficio amministrativo della struttura per la compilazione della relativa delega)

Inoltre dichiara di aver preso visione del Regolamento interno della struttura e di accettarlo in ogni sua parte.

Data, \_\_\_\_\_

ALLEGATO N. 2 ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE TEMPORANEA  
CASA DELL'ANZIANO COMUNE DI BAVENO

**CERTIFICATO MEDICO**

Esito della visita medica effettuata  
al/alla sig./sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

**ANAMNESI**

***patologia remota***

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

***patologia prossima*** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ESAME OGGETTIVO**

**Condizioni generali** (cute, tess. linfoghiandolare, tessuto adiposo, muscoli, ossa,  
articolazioni): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Apparato circolatorio:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Apparato digerente:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Apparato urogenitale:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sistema nervoso:**

---

---

➤ **MOBILITA':**

cammina autonomamente senza aiuto   
cammina con ausili

➤ **ORGANI SENSORIALI** (udito e vista)

Normali   
Deficit correggibili con aiuto di protesi e/o occhiali   
Grave deficit non correggibili

➤ **CONTROLLO SFINTERICO**

Presente   
Incontinenza urinaria episodica   
Incontinenza urinaria permanente   
Incontinenza totale (vescicale e anale)

➤ **ALIMENTAZIONE**

Normale   
Dieta particolare   
da specificare: \_\_\_\_\_

---

Diabete   
terapia orale   
Insulino dipendente

**CONCLUSIONI:**

Si dichiara che il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
è idoneo/a a essere ammesso/a in struttura assistenziale non sanitaria in quanto al  
momento le condizioni generali di salute lo consentono.

Data, \_\_\_\_\_

IL MEDICO

\_\_\_\_\_

**DOMANDA DI AMMISSIONE TEMPORANEA - ALLEGATO 3**

**DICHIARAZIONE DI IMPEGNO AL PAGAMENTO DELLA RETTA DA PARTE DEI FAMILIARI  
TENUTI PER LEGGE (C.C. ART.433) O DEL COMUNE DI RESIDENZA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ con relazione di parentela \_\_\_\_\_

del sig. \_\_\_\_\_;

\* \* \* \* \*

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ con relazione di parentela \_\_\_\_\_

del sig. \_\_\_\_\_;

**SI IMPEGNA/SI IMPEGNANO**

al pagamento della retta per il soggiorno presso la Casa dell'Anziano del Comune di Baveno del sig. \_\_\_\_\_, qualora lo stesso non sia in grado con redditi propri di provvedere al pagamento di quanto dovuto.

Si dichiara altresì che venendo meno all'impegno assunto con la presente il/i sottoscritto/i si assoggetterà all'applicazione della procedura coattiva, stabilita dalla legge, rinunciando fin da ora a ogni opposizione.

Data \_\_\_\_\_

Firma dei familiari \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del funzionario del Comune di residenza  
qualora non ci siano familiari tenuti per legge \_\_\_\_\_

**ALLEGATO 4 ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE TEMPORANEA  
CASA DELL'ANZIANO COMUNE DI BAVENO**

**RECAPITO FAMILIARI O CONOSCENTI**

❖ **COGNOME E NOME** \_\_\_\_\_

Relazione di parentela \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (prov. ) in via \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

❖ **COGNOME E NOME** \_\_\_\_\_

Relazione di parentela \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (prov. ) in via \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

❖ **COGNOME E NOME** \_\_\_\_\_

Relazione di parentela \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (prov. ) in via \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

❖ **COGNOME E NOME** \_\_\_\_\_

Relazione di parentela \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (prov. ) in via \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

❖ **COGNOME E NOME** \_\_\_\_\_

Relazione di parentela \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (prov. ) in via \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI AMMISSIONE TEMPORANEA- ALLEGATO 5**

**ELENCO CORREDO NECESSARIO SOGGIORNO C/O CASA DELL'ANZIANO DI BAVENO**

**OSPITE** \_\_\_\_\_ **N. BIANCHERIA ASSEGNATO**

**(CONTRASSEGNARE TUTTI GLI INDUMENTI)**

<b>QUANTITA'</b>	<b>DESCRIZIONE</b>	<b>NOTE</b>
N. 3	PIGIAMA O CAMICIA DA NOTTE	ADEGUATE ALLA STAGIONE
N. 7	CALZE O CALZINI CON ELASTICO MORBIDO	POSSIBILMENTE NO COLLANT
N. 1	CIABATTE O PANTOFOLE CHIUSE	ADEGUATE ALLA STAGIONE
MINIMO N. 2 PAIA	SCARPE	ADEGUATE ALLA STAGIONE
N. 7	MUTANDE	
N. 5	MAGLIE INTIME	
N. 3	REGGISENI	A PIACERE
A PIACERE	CARDIGAN O MAGLIONI	POSSIBILMENTE MISTO LANA
N. 1	VESTAGLIA DA CAMERA	
N. 10	FAZZOLETTI	PREFERIBILM. FAZZOLETTI CARTA
A PIACERE	TELI BAGNO + ASCIUGAMANI MEDI E BIDET	NON SONO NECESSARI
	SAPONE LIQUIDO + COLONIA	SECONDO NECESSITA' PERSONALI
	SPAZZOLA CAPELLI O PETTINE	“ “
	DENTRIFICIO + SPAZZOLINO DENTI	“ “
PER GLI UTENTI PROVVISI DI PROTESI DENTARIA: POLIDENT + CONTENITORE PROTESI		
	SET DA BARBA	
N. 1 BUSTA IGIENICA	PER EVENTUALI RICOVERI OSPEDAL.	
N. 1 BORSA DA VIAGGIO	PER EVENTUALI RICOVERI OSPEDAL.	

MINIMO N. 3 CAPI MASSIMO N. 5 CAPI	ABBIGLIAMENTO ESTERNO A PIACERE	ADEGUATO ALLA STAGIONE
<b>OPPURE PER OSPITI CON DIFFICOLTA' MOTORIE:</b>		
N. 3 TUTE DA GINNAST.	COMODE, APERTE DAVANTI (EVENTUALM. CON MAGLIETTE TIPO POLO)	

- SE L'OSPITE FA' USO DI PANNOLONI, SI PREGA DI INSERIRLI NELLA DOTAZIONE DA CONSEGNARE AGLI OPERATORI ALL'INGRESSO SEGNALANDO IN DIREZIONE LA NECESSITA' DEL CAMBIO INDIRIZZO;
  - SE L'OSPITE E' DOTATO DI AUSILI, SI PREGA DI PORTARLI CON SE' AL MOMENTO DELL'INGRESSO;
  - SI CONSIGLIA INOLTRE DI NON TENERE OGGETTI DI VALORE IN CAMERA E SOLO SOLDI DI PICCOLO TAGLIO PER LE NECESSITA' QUOTIDIANE.
- LA CASA DELL'ANZIANO NON SI ASSUME ALCUNA RESPONSABILITA' PER EVENTUALI AMMANCHI DI DENARO O ALTRI OGGETTI DI VALORE.**

**DOMANDA DI AMMISSIONE TEMPORANEA - ALLEGATO 6**

**ELENCO DOCUMENTI DA PRESENTARE IN UFFICIO AMMINISTRATIVO**

**PRIMA DELL'AMMISSIONE:**

- ❖ DOMANDA DI AMMISSIONE TEMPORANEA E RELATIVI CERTIFICATI

**PRIMA DELL'INGRESSO:**

- ❖ IN ORIGINALE:
  - CARTA IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'
  - TESSERA SANITARIA
  - ESENZIONE TICKET
- ❖ IN FOTOCOPIA:
  - CODICE FISCALE
  - VERBALE D'INVALIDITA' (OPPURE DOMANDA IN CORSO)
  - DOCUMENTAZIONE MEDICA DI PRECEDENTI RICOVERI O VISITE

**ALLEGATO N. 7 ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE TEMPORANEA  
CASA DELL'ANZIANO COMUNE DI BAVENO**

<b>INFORMATIVA ART. 10 LEGGE 675/96</b>
---

Gentile signora/Egregio signore,  
desideriamo informarLa che la legge n. 675/96 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la legge indicata tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.

Ai sensi dell'art. 10 della legge predetta Le forniamo alcune informazioni:

1. Il trattamento dei dati che intendiamo effettuare:
  - a. è diretto esclusivamente all'espletamento da parte dell'Istituzione delle proprie finalità, attinenti all'esercizio dell'attività di assistenza alle persone anziane e di quelle connesse;
  - b. sarà effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati e può consistere in qualunque operazione o complesso di operazioni tra quelle indicate all'art. 1 comma 2 lett. b) della legge;
2. i dati non saranno comunicati ad altri soggetti, se non chiedendole espressamente il consenso.
3. I dati potranno essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1a) all'Asl di competenza, alla Regione e alle pubbliche amministrazioni ai sensi di legge, nonché a terzi per la fornitura di sistemi informatici o di servizi di archiviazione.
4. I dati personali non sono soggetti a diffusione.
5. I dati personali possono essere trasferiti all'estero, sempre per le medesime finalità di cui al punto 1a).
6. Il conferimento dei dati personali è facoltativo, salvo che sia richiesto da specifiche normative.

7. L'eventuale rifiuto a rispondere può provocare l'impossibilità di svolgere l'attività specifica dell'ente in relazione al contratto stipulato.

---

Ai fini sopra indicati dovremo anche raccogliere e trattare dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili" di cui all'art. 22 della legge, vale a dire dati idonei a rivelare lo stato di salute. Tali dati possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato e previa autorizzazione del Garante per la protezione dei dati.

Il trattamento che andremo a compiere riguardo tali dati ha la seguente finalità:

\* tutelare lo stato di salute dell'interessato in relazione alle finalità istituzionali dell'Ente.

**FORMULA DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI**

Il /La sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'art. 10 della legge 675/96, ai sensi dell'art. 11, 20, 22 della legge stessa, acconsente al trattamento dei propri dati personali, nei limiti e con le modalità specificate nell'informativa di cui sopra e si impegna inoltre a comunicare tempestivamente le eventuali variazioni dei dati.

Luogo\_\_\_\_\_ Data\_\_\_\_\_

Nome\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

FIRMA LEGGIBILE \_\_\_\_\_