

SCHEDA DI ACCESSO CeAD

data _____

ACCESSO DIRETTO DISTRETTO ☐

ACCESSO TELEFONICO DISTRETTO ☐

ACCESSO DIRETTO COMUNE ☐

ACCESSO TELEFONICO COMUNE ☐

OPERATORI PRESENTI _____

☐ richiesta informazioni

☐ richiesta attivazione servizio (vedi foglio all.)

DATI ASSISTITO

Nome _____ Cognome _____ Cognome su citofono _____

Nato a _____ () il _____ Telefono _____

Codice fiscale _____ Tess. sanitaria _____ Medico curante _____

Domiciliato a _____ Via _____ n° _____

Residente a _____ Via _____ n° _____

Stato civile ☐ Coniugato ☐ Vedovo ☐ Celibe/Nubile ☐ Altro

Numero persone conviventi senza l'assistito _____ (☐ Parente ☐ Badante ☐ Solo ☐ Coniuge)

Invalidità ☐ <100% ☐ 100% ☐ 100%+ accompagnamento ☐ Domanda in corso

Reddito ☐ Pensione ☐ Lavoro ☐ Nessuno ☐ Altro (ISEE _____)

Strutture diurne semiresidenziali ☐ SI ☐ NO Protezione giuridica ☐ SI ☐ NO

Ossigenoterapia ☐ SI ☐ NO Nutrizione artificiale ☐ SI ☐ NO Stomia ☐ SI ☐ NO

Situazione Clinica (Voucher del medico) _____

DATI FAMILIARE DI RIFERIMENTO

Nome _____ Cognome _____ Telefono _____

Residente a _____ Via _____ n° _____

Convivenza con l'assistito ☐ SI ☐ NO

NOTE -----
