

**SCHEDA VALUTAZIONE SOCIALE**  
(allegato alla domanda di ingresso in Centro Diurno Integrato - C.D.I.)

COGNOME..... NOME .....

Scheda compilata da:

☐ sig./ra .....in qualità di (*rapporto Familiare o Giuridico*) .....

☐ Ass.te Sociale (Cognome e nome) ..... del territorio di .....

**USUFRUISCE ATTUALMENTE DI ALTRI SERVIZI (\*)**

- |                                                             |                                     |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ADI                                | <input type="checkbox"/> RSA Aperta |
| <input type="checkbox"/> SAD                                | <input type="checkbox"/> CDI        |
| <input type="checkbox"/> Assistente Familiare               | <input type="checkbox"/> Misura B1  |
| <input type="checkbox"/> Altro ( <i>specificare</i> ) ..... |                                     |

(\*) è necessario verificare la normativa di riferimento riguardante la compatibilità con la fruizione di altri servizi/misure

**L'INTERESSATO BENEFICIA DELLA NOMINA DI :**

- ☐ Tutore  
☐ Curatore  
☐ Amministratore di Sostegno  
☐ Ha in corso la pratica per la nomina di (*specificare*) .....

**PARENTI REFERENTI PER EVENTUALI CONTATTI**

| NOME COGNOME | GRADO DI PARENTELA | INDIRIZZO | RECAPITO TEL. | RECAPITO E-MAIL |
|--------------|--------------------|-----------|---------------|-----------------|
|              |                    |           |               |                 |
|              |                    |           |               |                 |
|              |                    |           |               |                 |
|              |                    |           |               |                 |
|              |                    |           |               |                 |
|              |                    |           |               |                 |
|              |                    |           |               |                 |
|              |                    |           |               |                 |

L'interessato è informato della presentazione della domanda di ingresso in CDI?

Sì ☐ No ☐

*Se NO*, perché .....

L'interessato ha partecipato alla scelta?

Sì ☐ No ☐

Indicare Cognome, Nome e recapito telefonico del **Medico di Medicina Generale**

.....

**PROTESI E AUSILI IN USO**

- |                                                             |                                    |                               |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> deambulatore                       | <input type="checkbox"/> personale | <input type="checkbox"/> ASST |
| <input type="checkbox"/> materassino e cuscino antidecubito | <input type="checkbox"/> personale | <input type="checkbox"/> ASST |
| <input type="checkbox"/> letto ortopedico                   | <input type="checkbox"/> personale | <input type="checkbox"/> ASST |
| <input type="checkbox"/> presidio per incontinenza          | <input type="checkbox"/> personale | <input type="checkbox"/> ASST |
| <input type="checkbox"/> altro ( <i>specificare</i> ) ..... |                                    |                               |

**MOTIVO DELLA DOMANDA**

- ☐ stato di salute
- ☐ solitudine
- ☐ problemi familiari
- ☐ problemi abitativi
- ☐ Altro (specificare).....

Il sottoscritto..... in qualità di..... dichiara che il/la  
sig.r/ra ..... non è nelle condizioni psicofisiche per poter sottoscrivere  
quanto sopra, ed autocertifica in sua vece.

*Data,*

*FIRMA*

\_\_\_\_\_