|  |  |
| --- | --- |
|  | **Scheda utente** |
|  |  |
|  | **Utente** |
|  | Nome: |  | *Lasciare libero, la foto verrà fatto al momento dell’ammissione* |
|  | Cognome: |  |
|  | Data di nascita: |  |
|  | Numero AVS: |  |
|  | Ammissione: |  |
|  | Dimissione: |  |
|  | Nazionalità: |  |
|  | Confessione: |  |
|  | Indirizzo: |  |
|  | Numero cellulare: |  |
|  | Mail: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ente collocante** |  |
| Nome e cognome assistente sociale: |  |
| Nome ufficio: |  |
| Indirizzo: |  |
| Numero telefonico: |  |
| Numero cellulare: |  |
| Mail: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Dati della madre** |  |  |  |  |
|  | Nome e Cognome:: |  | | |  |
|  | Data di nascita: |  | | |  |
|  | Nazionalità: |  | | |  |
|  | Confessione: |  | | |  |
|  | Indirizzo: |  | | |  |
|  | Numero fisso: |  | | |  |
|  | Numero cellulare: |  | | |  |
|  | Mail: |  | | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Dati del padre** |  |  |  |  |
|  | Nome e Cognome: |  | | |  |
|  | Data di nascita: |  | | |  |
|  | Nazionalità: |  | | |  |
|  | Confessione: |  | | |  |
|  | Indirizzo: |  | | |  |
|  | Numero fisso: |  | | |  |
|  | Numero cellulare: |  | | |  |
|  | Mail: |  | | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Elenco altre persone significati** |  |  |  |  |
|  | Nome e Cognome: |  | | |  |
|  | Ruolo: |  | | |  |
|  | Indirizzo: |  | | |  |
|  | Numero telefonico: |  | | |  |
|  | Nome e Cognome: |  | | |  |
|  | Ruolo: |  | | |  |
|  | Indirizzo: |  | | |  |
|  | Numero telefonico: |  | | |  |
|  | Nome e Cognome: |  | | |  |
|  | Ruolo: |  | | |  |
|  | Indirizzo: |  | | |  |
|  | Numero telefonico: |  | | |  |
|  | Nome e Cognome: |  | | |  |
|  | Ruolo: |  | | |  |
|  | Indirizzo: |  | | |  |
|  | Numero telefonico: |  | | |  |

Per altre persone significative usare lo spazio note.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Scuola o posto di formazione** |  |  |  |  |
|  | Nome e cognome persona di riferimento |  | | |  |
|  | Nome dell’ente |  | | |  |
|  | Indirizzo: |  | | |  |
|  | Numero telefonico: |  | | |  |
|  | Mail: |  | | |  |

Per altri servizi relativi formazione usare lo spazio note.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Medici o servizi medici attivi** |  |  |  |  |
|  | Nome e cognome |  | | |  |
|  | Specialità medica |  | | |  |
|  | Indirizzo: |  | | |  |
|  | Numero telefonico: |  | | |  |
|  | Mail: |  | | |  |
|  | Nome e cognome |  | | |  |
|  | Specialità medica |  | | |  |
|  | Indirizzo: |  | | |  |
|  | Numero telefonico: |  | | |  |
|  | Mail: |  | | |  |
|  | Nome e cognome |  | | |  |
|  | Specialità medica |  | | |  |
|  | Indirizzo: |  | | |  |
|  | Numero telefonico: |  | | |  |
|  | Mail: |  | | |  |

Per altri servizi relativi la salute usare lo spazio note. Uso interno: v. foglio medicine

Elencare eventuali allergie, intolleranze, diagnosi, malattie, ecc. usando lo spazio note

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Assicurazioni** |  |  |  |  |
|  | Malattia |  | | |  |
|  | Infortuni |  | | |  |
|  | Responsabilità civile |  | | |  |
|  | Altro: |  | | |  |

Al momento dell’ammissione servono le copie della tesserina cassa malati, della carta d’identità e/o libretto stranieri, documento vaccinazioni.

|  |  |
| --- | --- |
| **Spazio note:** | |
| Oggetto | Descrizione |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |