

SCHEDA SOCIALE

Cognome Nome

Nato ail.....

Indirizzo.....

Domiciliato a (solo se diverso dall'indirizzo di residenza).....

PERSONE CON CUI VIVE:

Cognome e nome	Parentela	Occupazione	Età	Residenza

RETE PARENTALE

Cognome e nome	Parentela	Occupazione	Età	Residenza

CONDIZIONI ABITATIVE

- Abitazione di proprietà in affitto in usufrutto a riscatto
- Piano terreno primo piano oltre il piano
- Ascensore si no non necessario
- Stato abitativo adeguato non adeguato pessime condizioni
- Servizi igienici interni alla casa esterni alla casa esterni e non accessibili
- Barriere architettoniche no interne alla casa esterne alla casa
- Telesoccorso si no

CONDIZIONI PENSIONISTICA

- di possedere la seguente Pensione INPS..... VO IO SO.....
- di essere riconosciuto invalido civile con percentuale.....%
- Con indennità di accompagnamento Con L. 104/92

AGG.TO DEL 25/03/2015



ATTIVITA' LAVORATIVA SVOLTA

ATTIVITA' SVOLTE DALL'ANZIANO

Che attività svolge oltre le normali faccende di casa?

Tipo attività	Descrizione	ieri	oggi
attività individuali	guardare la TV o ascoltare la radio		
	lavorare a maglia		
	scrivere e/o dipingere		
	leggere il giornale quotidiano		
	leggere giornali, libri, fare cruciverba		
	Altro (specificare)		
attività motorie	passaggiare		
	lavori in campagna o giardinaggio		
	altre forme di lavoro artigianale		
attività culturali/tempo libero	leggere libri o riviste culturali		
	andare al cinema o al teatro		
	Collezionismo		
	Canto, ballo		
	Fare shopping		
	Giocare a carte, dama...		
attività di socializzazione	ricevere o fare visite a parenti		
	ricevere o fare visite ad amici		
	incontri parrocchiali		
	frequentare associazioni, circoli, bar		

AGG.TO DEL 25/03/2015



**CENTRO DIURNO INTEGRATO
"FONDAZIONE SAN GIULIANO"**
Via Circonvallazione Sud, 121
24040 CISERANO - BG
tel 035 4821681 (int.1)
fax 035 4813499



ISO 9001:2008
Certificato Rina
n. 23984/09/S
Attività EA: 38F
**Erogazione del servizio
di Centro Diurno
Integrato**

NOTE CONCLUSIVE / OSSERVAZIONI / VALUTAZIONI...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dati Assistente Sociale:

Comune di.....

servizio di appartenenza_____

Cognome **Nome**

orario di ricevimento **telefono**

..... **li,**.....

Assistente Sociale
Firma

AGG.TO DEL 25/03/2015