

AL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

L'Istituzione Centri Soggiorno, nel rispetto delle previsioni del D.Lgs. 30/06/2003 n° 196 richiede, nell'esclusivo interesse degli utenti anziani (ultra sessantenni), di presentare per l'iscrizione definitiva ai soggiorni estivi, una valutazione del medico curante.

L'Istituzione Centri Soggiorno del Comune di Venezia organizza presso la struttura del Centro Morosini al Lido di Venezia soggiorni estivi per persone anziane **autosufficienti**.

I soggiorni estivi implicano il trascorrere parte delle giornate in spiaggia, o nelle pertinenze verdi delle strutture.

All'interno della struttura gli ospiti trascorreranno una vacanza in piena autonomia con trattamento di pensione completa (colazione, pranzo e cena verranno servite all'interno di apposite sale da pranzo). La cucina è a disposizione per offrire un menù adatto per chi soffre di allergie, si chiede, quindi, di indicarne l'eventuale presenza.

Per quanto attiene l'autonomia dell'utente, si precisa che la struttura essendo priva di personale medico e infermieristico, non è in grado di accogliere utenti con problematiche di autosufficienza e, per tale motivo, si richiede una valutazione complessiva da parte delle SS.LL.

Ai soli fini di una più idonea sistemazione per la tipologia della stanza si chiede di segnalare eventuali problemi di deambulazione che richiedano l'utilizzo di ausili o di carrozzina.

Si precisa che i contenuti della certificazione, saranno inseriti in una banca dati il tutto nel rispetto delle vigenti normative in materia di privacy. L'informativa derivata dal Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e successive integrazioni, prevede che il trattamento dei dati personali sarà improntato a liceità e correttezza, nella piena tutela dei diritti dei soggetti richiedenti e della loro riservatezza con i contemperamenti previsti anche dalla legge 7 agosto 1990, n. 241 e successive modificazioni ed integrazioni.

La valutazione del medico comporterà la partecipazione o l'esclusione dell'anziano al soggiorno.

**La Direzione
Istituzione Centri Soggiorno**

DATI DEL PARTECIPANTE
(da compilare a cura del partecipante)

SIG./SIG.RA (cognome e nome)..... Nato/a il/...../19.....

PARTE RISERVATA AL MEDICO CURANTE

A) VALUTAZIONE MEDICA

B) VALUTAZIONE FINALE DEL MEDICO CURANTE*

È AUTOSUFFICIENTE E PUÒ PARTECIPARE AI SOGGIORNI PRENOTATI	SI	NO
--	----	----

DATA/...../ 2025

TIMBRO E FIRMA
DEL MEDICO

*compilazione obbligatoria