



## MODULO RICHIESTA ISCRIZIONE CENTRO DIURNO RICREATIVO – MANO NELLA MANO ODV

Centro Ricreativo Diurno "Mano nella Mano ODV"

Via Traversa Capitello – ex Circolo NOI, Concamarise (VR)

Email: [centrodiurnoricreativo@gmail.com](mailto:centrodiurnoricreativo@gmail.com)

Direttore: 347 1386414 – Referente Associazione: 344 2919781

Il centro offre un ambiente sereno e stimolante dove ogni ospite può partecipare ad attività culturali, artistiche, motorie e relazionali, godendo di una routine varia e significativa dal lunedì al sabato. Il servizio include pasti, laboratori, attività tematiche, relax in area dedicata, eventi, giornale quotidiano e radio interna. Sono disponibili anche servizi extra come lavanderia, stireria e parrucchiera.

### 1. DATI DEL RICHIEDENTE

NOME E COGNOME	
DATA DI NASCITA	
LUOGO DI NASCITA	
RESIDENZA	
TIPOLOGIA DI PARENTELA	
CODICE FISCALE	
RIFERIMENTI (e-mail e nr telefonico)	

---

#### **ASSOCIAZIONE MANO NELLA MANO - O.d.V.**

Sede Legale: 37050 CONCAMARISE (Verona) Via San Giovanni, 48  
Sede Operativa: 37050 CONCAMARISE (Verona) Via Capitello, 35

C.F. 91023590234 n. REP. RUNTS 53637

Email: [manonellamanoassociazione@gmail.com](mailto:manonellamanoassociazione@gmail.com) Pec: [associazionemano@pec.it](mailto:associazionemano@pec.it)



## 2. DATI DELL'OSPITE

NOME E COGNOME	
DATA DI NASCITA	
LUOGO DI NASCITA	
RESIDENZA	
CODICE FISCALE	

## 3. GIORNI E ORARI DI FREQUENZA (Selezionare le fasce orarie desiderate per ogni giorno)

<input type="checkbox"/> Lunedì	<input type="checkbox"/> 7-19	<input type="checkbox"/> 7-13	<input type="checkbox"/> 13-19
<input type="checkbox"/> Martedì	<input type="checkbox"/> 7-19	<input type="checkbox"/> 7-13	<input type="checkbox"/> 13-19
<input type="checkbox"/> Mercoledì	<input type="checkbox"/> 7-19	<input type="checkbox"/> 7-13	<input type="checkbox"/> 13-19
<input type="checkbox"/> Giovedì	<input type="checkbox"/> 7-19	<input type="checkbox"/> 7-13	<input type="checkbox"/> 13-19
<input type="checkbox"/> Venerdì	<input type="checkbox"/> 7-19	<input type="checkbox"/> 7-13	<input type="checkbox"/> 13-19
<input type="checkbox"/> Sabato	<input type="checkbox"/> 7-19	<input type="checkbox"/> 7-13	<input type="checkbox"/> 13-19

---

### ASSOCIAZIONE MANO NELLA MANO - O.d.V.

Sede Legale: 37050 CONCAMARISE (Verona) Via San Giovanni, 48  
Sede Operativa: 37050 CONCAMARISE (Verona) Via Capitello, 35

C.F. 91023590234 n. REP. RUNTS 53637

Email: [manonellamanoassociazione@gmail.com](mailto:manonellamanoassociazione@gmail.com) Pec: [associazionemano@pec.it](mailto:associazionemano@pec.it)



#### 4. AUTOSUFFICIENZA (Barrare la voce corrispondente)

<b>Mobilità/Deambulazione</b>	<input type="checkbox"/> Autonomo	<input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo	<input type="checkbox"/> Dipendente
<b>Uso del Bagno</b>	<input type="checkbox"/> Autonomo	<input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo	<input type="checkbox"/> Dipendente
<b>Alimentazione</b>	<input type="checkbox"/> Autonomo	<input type="checkbox"/> Parzialmente autonomo	<input type="checkbox"/> Dipendente

#### 5. STATO COGNITIVO

- ☐ Integro (comunica e comprende efficacemente)
- ☐ Leggera compromissione (comunica con frasi semplici e comprende frasi semplici)
- ☐ Compromesso (non comunica, non comprende)

---

#### **ASSOCIAZIONE MANO NELLA MANO - O.d.V.**

Sede Legale: 37050 CONCAMARISE (Verona) Via San Giovanni, 48  
Sede Operativa: 37050 CONCAMARISE (Verona) Via Capitello, 35  
C.F. 91023590234 n. REP. RUNTS 53637

Email: [manonellamanoassociazione@gmail.com](mailto:manonellamanoassociazione@gmail.com) Pec: [associazionemano@pec.it](mailto:associazionemano@pec.it)



## 6. INTERESSI E HOBBY DELL'OSPITE

---

---

---

---

---

---

## 7. INTOLLERANZE E ALLERGIE

- ☐ Sì, \_\_\_\_\_
- ☐ No

## 8. PRESENZA DI DISFAGIA

- ☐ Sì, (specificare la consistenza: liquida, semiliquida, no doppia consistenza) \_\_\_\_\_
- ☐ No

---

### **ASSOCIAZIONE MANO NELLA MANO - O.d.V.**

Sede Legale: 37050 CONCAMARISE (Verona) Via San Giovanni, 48  
Sede Operativa: 37050 CONCAMARISE (Verona) Via Capitello, 35  
C.F. 91023590234 n. REP. RUNTS 53637

Email: [manonellamanoassociazione@gmail.com](mailto:manonellamanoassociazione@gmail.com) Pec: [associazionemano@pec.it](mailto:associazionemano@pec.it)



## 9. FARMACI E ASSUNZIONE TERAPIA

I farmaci vengono preparati a casa in blister giornalieri o settimanali. Ogni blister avrà apposto una etichetta con nome, cognome e data di nascita dell'ospite.

*È possibile acquistare i blister in sede.*

Assunzione della terapia:

- ☐ L'ospite è autonomo: assume e gestisce in autonomia il blister
- ☐ L'ospite non è autonomo – *il personale del centro si limita esclusivamente alla custodia e somministrazione dei farmaci già predisposti, senza alcuna responsabilità sanitaria o clinica, ai sensi dell'art. 2236 c.c. e normativa vigente. Il centro non effettua alcuna preparazione o modifica della terapia.*

## 10. NOTE LIBERE DEI FAMILIARI

---

---

---

---

---

---

## 11. QUOTE DI FREQUENZA

- Giornata intera (7-19): 49€/die
- Mezza giornata (7-13 o 13-19): 33€/die

---

### ASSOCIAZIONE MANO NELLA MANO - O.d.V.

Sede Legale: 37050 CONCAMARISE (Verona) Via San Giovanni, 48  
Sede Operativa: 37050 CONCAMARISE (Verona) Via Capitello, 35

C.F. 91023590234 n. REP. RUNTS 53637

Email: [manonellamanoassociazione@gmail.com](mailto:manonellamanoassociazione@gmail.com) Pec: [associazionemano@pec.it](mailto:associazionemano@pec.it)



## 12. SERVIZI AGGIUNTIVI (facoltativi, su richiesta)

- Servizio lavanderia: +22.00€ a sacco (sacco apposito fornito dall'associazione)
- Servizio stireria: +20.00€ a sacco
- Servizio lavanderia + stireria: +40.00€ a sacco
- Servizio parrucchiera: costo da definire in base alle prestazioni richieste

### Accesso e disponibilità posti

Il Centro Ricreativo Diurno "Mano nella Mano ODV" può accogliere fino a 25 ospiti contemporaneamente.

L'accesso è subordinato alla verifica dei requisiti di idoneità, che verranno inizialmente valutati tramite la presente autovalutazione (mobilità, alimentazione, autosufficienza, stato cognitivo, ecc.) e successivamente approfonditi in un colloquio conoscitivo individuale.

Le richieste verranno gestite in ordine cronologico di arrivo. Qualora i posti siano momentaneamente esauriti, sarà attivata una lista d'attesa, ma prima dell'inserimento in lista verrà comunque effettuato il colloquio di approfondimento a seguito della compilazione del presente modulo.

**Luogo e data:**

\_\_\_\_\_

**Firma del richiedente:**

\_\_\_\_\_

---

**ASSOCIAZIONE MANO NELLA MANO - O.d.V.**

Sede Legale: 37050 CONCAMARISE (Verona) Via San Giovanni, 48  
Sede Operativa: 37050 CONCAMARISE (Verona) Via Capitello, 35

C.F. 91023590234 n. REP. RUNTS 53637

Email: [manonellamanoassociazione@gmail.com](mailto:manonellamanoassociazione@gmail.com) Pec: [associazionemano@pec.it](mailto:associazionemano@pec.it)