



**Fondazione
Zerbato**

La bellezza nel prendersi cura

Accesso ai servizi residenziali in convenzione con ULSS 9 Scaligera – Fondazione Zerbato

Per accedere ai posti letto accreditati dalla Regione Veneto e a contratto con ULSS 9 Scaligera è necessario seguire il seguente iter:

Valutazione multidimensionale: il distretto sanitario di competenza effettua la valutazione della non autosufficienza tramite la scheda S.Va.M.A. (Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Adulto/Anziano). La richiesta di valutazione va presentata al proprio medico di medicina generale o direttamente al distretto ULSS 9 Scaligera.

Inserimento in graduatoria: a seguito della valutazione e dell'attribuzione del punteggio, il nominativo dell'interessato viene inserito nella graduatoria territoriale gestita da ULSS 9 Scaligera.

Contatto da parte della Fondazione: quando si rende disponibile un posto letto, Assistente Sociale della Fondazione contatta direttamente la famiglia per avviare le procedure di ammissione.

Per informazioni sullo stato della graduatoria o sulle procedure di ammissione è possibile contattare l'Assistente Sociale della Fondazione:

- **Telefono:** 045 780 8222
- **Email:** info@centrozerbato.it
- **PEC:** info@pec.centrozerbato.it

Tregnago, 09/06/2026

Legale Rappresentante- Fondazione Zerbato
Dott.ssa Battisti Emanuela

Fondazione Zerbato



**Al Direttore della Fondazione
Zerbato**

Mail info@centrozerbato.it

OGGETTO: RICHIESTA INGRESSO PRIVATO

Il sottoscritt _____ nat _____ a _____
il _____ e residente _____ in
via _____ n. _____ tel. _____
E-mail _____ in qualità di _____

CHIEDE

- ingresso privato presso nucleo Casa di Riposo
- ingresso privato presso nucleo exRSA
- ingresso privato presso nucleo exRSA/Casa di Riposo

A FAVORE DI:

- sé stesso
- _____ nat _____ a _____
il _____ residente a _____,
in Via _____

Tale richiesta è motivata dal fatto che:

È stata attivata la valutazione multidimensionale (SVAMA)? SI – NO

Data valutazione SVAMA: _____

Punteggio SVAMA: _____

Profilo di autonomia: _____

Allega:

- Carta d'identità del richiedente e del beneficiario
- (eventuale) verbale invalidità civile o deposito della domanda
- (eventuale) decreto di nomina di Amministratore di Sostegno.

Confermo di aver preso visione dell'informativa privacy della Fondazione Zerbato presente sul sito al seguente link <https://www.centrozerbato.it/documentazione-privacy/> ed a cui richiamo per i relativi consensi al trattamento dei miei dati.

Data _____

(firma) _____



RICHIESTA DI ACCOGLIMENTO IN OSPEDALE DI COMUNITA'(OdC)

Indicare l'Ospedale di Comunità (OdC) per cui si chiede l'accoglimento (**inviare la richiesta per una sola struttura, in via preferenziale tra quelle del Distretto di residenza del paziente**):

<input type="checkbox"/> OdC LE BETULLE <input type="checkbox"/> OdC AOUI VERONA	<input type="checkbox"/> OdC TREGNAGO <input type="checkbox"/> OdC SAN BONIFACIO	<input type="checkbox"/> OdC BOVOLONE	<input type="checkbox"/> OdC Pederzoli (Castelnuovo d G.) <input type="checkbox"/> OdC Valeggio <input type="checkbox"/> OdC Sacro Cuore di Negrar
Distretto 1	Distretto 2	Distretto 3	Distretto 4
Invio domanda per mail a: cotd1.viadelpapitel@aulss9.veneto.it Info: 045/8787860	Invio domanda per mail a: cotd2.sb@aulss9.veneto.it Info: 045/6138225	Invio domanda per mail a: cotd3.l@aulss9.veneto.it Info: 0442/624370	Invio domanda per mail a: cotd4@aulss9.veneto.it Info: 045/6338690

NB: La richiesta va integrata con la scheda SVAMA sanitaria-cognitiva funzionale e sociale

Medico richiedente _____ tel. _____

e-mail a cui inviare l'esito della richiesta _____

(Si prega di compilare in stampatello ed in modo chiaro e leggibile)

PERSONA PER LA QUALE VIENE RICHIESTO L'ACCOGLIMENTO in OdC

Cognome _____ Nome _____ nato/a il ___/___/___

Codice Fiscale _____ Comune di residenza _____

CAREGIVER: Cognome _____ Nome _____

in qualità di _____ Recapiti telefonici _____
(coniuge, figlio, fratello, sorella, ecc)

VIVE: solo con familiare autonomo con familiare dipendente con badante

Cure Domiciliari attive: nessuna Assist.Dom. programmata ADI (infermier., riabil., integrata)

Riquadro da compilare per i soli pazienti ospedalizzati

Ospedale _____ U.O. _____

STATO PRE-RICOVERO: autonomo parzialmente autonomo dipendente

Data ricovero ___/___/___

Diagnosi di ingresso

TAMPONE NASOFARINGEO PER COVID-19 NEGATIVO: data

DIAGNOSI PRINCIPALE

MOTIVO e OBIETTIVO PER IL QUALE VIENE RICHIESTO IL RICOVERO IN OdC

CONDIZIONI GENERALI: buone discrete scadenti molto scadenti

STATO MENTALE: lucido disorientato disturbi del comportamento

ULCERE DA DECUBITO: no si, note _____

SONDINO Naso Gastrico: si no PEG: si no note _____

CATETERE VENOSO CENTRALE: no si, tipo _____ data pos. _____

ACCESSO VENOSO PERIFERICO: no si, tipo _____ data pos. _____

TRACHEOSTOMIA: si no OSSIGENOTERAPIA: si litri al minuto _____ no

DIABETE: si no INSULINA: si no

INCONTINENZA: si doppia no CATETERE VESCICALE: no si, data pos. _____

MATERASSO ANTI DECUBITO: si no - peso KG _____

CAMMINO AUTONOMO: si no CARROZZINA: si no

AUSILI: si no Se sì quali: _____

Eventuali note:

TERAPIA IN ATTO:

POSOLOGIA:

PRINCIPALI NECESSITA' CLINICO-ASSISTENZIALI:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> terapia parenterale a lungo termine | <input type="checkbox"/> monitoraggio clinico quotidiano |
| <input type="checkbox"/> titolazione terapia | <input type="checkbox"/> medicazioni quotidiane |
| <input type="checkbox"/> riabilitazione estensiva (allegare valutazione fisiatrica con piano riabilitativo) | <input type="checkbox"/> _____ |

La persona e/o la famiglia sono stati informati e si impegnano a sostenere gli eventuali oneri relativi alla compartecipazione della spesa? (ai sensi della DGR 2091/2015) si no

Data ___/___/___ Firma e timbro del Medico proponente _____

ESITO DELLA VALUTAZIONE		Data _____
<input type="checkbox"/> ACCOGLIBILE: Indice Karnofsky _____	Traiettoria prognostica	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> NON ACCOGLIBILE		
Motivazione ed eventuali indicazioni alternative _____		

Il Responsabile Clinico _____		Il Responsabile organizzativo _____
(Medico specialista responsabile clinico)		(Direttore UOC Cure Primarie o suo delegato)

Al Direttore della Fondazione Zerbato

Mail: info@centrozerbato.it

RICHIESTA INGRESSO COMUNITA' ALLOGGIO "RESIDENZA GIARDINI"

Il sottoscritt_____ nat_a _____
il_____ tel. _____ E-mail _____
in qualità di _____

CHIEDE

che possa essere attivato il servizio di comunità alloggio presso la "Residenza ai Giardini" in Piazza mercato,7 Tregnago (Vr).

A FAVORE DI:

- sé stesso
- Familiare/Assistito

Cognome e Nome

.....

nato il

A

.....

Allega:

- Carta d'identità del richiedente e del beneficiario

Confermo di aver preso visione dell'informativa privacy della Fondazione Zerbato presente sul sito al seguente link <https://www.centrozerbato.it/documentazione-privacy/> ed a cui richiamo per i relativi consensi al trattamento dei miei dati.

Data _____

(firma) _____

IN ALLEGATO:

SVAMA SE IN POSSESSO; RICHIESTA SVAMA DA ATTIVARE
Scala ADL e IADL

SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

data e firma:

RICHIESTA INGRESSO “CENTRO DIURNO”

OGGETTO: Richiesta accoglienza diurna.

Il /La sottoscritt _____ nat _____
a _____ il _____
e residente a _____
in Via _____ n. _____
tel. _____ e-mail _____
in qualità di _____

CHIEDE

che possa essere attivato/rinnovato il servizio del Centro Diurno per Persone Non Autosufficienti della Fondazione Zerbato o a favore di:

sé stesso

_____ nat _____ a _____
il _____ residente a _____, in Via _____ n. _____

Chiede inoltre, di poter usufruire del servizio

per l'intera settimana (da lunedì a venerdì)

ovvero nei seguenti giorni: lunedì martedì mercoledì

giovedì venerdì

Il servizio di Centro Diurno si svolge indicativamente nella fascia oraria compresa tra le ore 8:00 e le ore 16:00.

Orario richiesto _____

La richiesta di accoglienza diurna è motivata dal fatto che:

Il nucleo familiare di stabile convivenza è composto da:

Notizie sanitarie utili (medico di base, invalidità civile, punteggio S.V.a.M.A. ecc.)

SERVIZIO TRASPORTO

richiede il servizio di trasporto

non richiede il servizio di trasporto

Il servizio di trasporto, ove attivato, comprende il tragitto di andata e ritorno negli orari di inizio e termine della giornata del Centro Diurno.

Eventuali esigenze di trasporto al di fuori degli orari previsti restano a carico dell'utente e/o della famiglia.

Il servizio è soggetto a tariffazione aggiuntiva, variabile in base al Comune e alla zona territoriale di partenza, secondo quanto indicato nell'apposita scheda tariffaria allegata.

NOTE

ALLEGA:

Copia carta d'identità richiedente e beneficiario

Certificato medico con lista terapia in corso

(Eventuale) decreto di nomina di Amministratore di Sostegno.

Tregnago il _____

Firma beneficiario o rappresentante legale _____

Firma familiare o richiedente _____

Firma Assistente sociale _____