

7. ASSISTENZA

a) Servizi sanitari ospedalieri-territoriali attualmente utilizzati

Nome del servizio	Ente gestore	Sede	Operatore di riferimento

b) Servizi socio-sanitari e sociali utilizzati attualmente

Nome del servizio	Ente gestore	Sede	Operatore di riferimento

Data _____

Firma _____

In caso di difficoltà nella compilazione da parte dell'interessato, specificare generalità di chi ha compilato la scheda

Cognome _____ Nome _____

Rapporto con il richiedente _____

Si consiglia di allegare tutta la documentazione sanitaria e sociale in possesso dell'interessato.

Si informa che ai sensi della Legge 675/96 nessun trattamento dei dati personali forniti con il presente questionario verrà effettuato al di là della valutazione ai sensi della Legge 68/1999.

ULSS n° 4 "Alto Vicentino"

COMMISSIONE MEDICA INTEGRATA di cui art. 4, L.104/92
per l'accertamento della disabilità e dell'handicap

QUESTIONARIO

(autocertificazione da allegare alla domanda di accertamento della condizione di disabilità per accedere al sistema per l'inserimento lavorativo - L.68/99)

COGNOME _____ NOME _____

1. SITUAZIONE FAMILIARE

a) Composizione del nucleo familiare

Cognome e Nome	Grado di parentela	Età	Professione	Luogo di lavoro

b) Eventuali problematiche da segnalare nel nucleo familiare: _____

2. PERCORSO FORMATIVO

a) Scuole frequentate (segnare con una x la casella scelta)

Tipo di Scuola	Interventi di sostegno		Titolo di studio conseguito
Elementare <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Media Inferiore <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Professionale <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Media Superiore <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Università <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

3. ATTIVITÀ LAVORATIVA

a) Attualmente è (segnare con una x la casella scelta)

	Da quando (specificare il mese)	Specificare l'anno
in cerca di prima occupazione <input type="checkbox"/>		
disoccupato <input type="checkbox"/>		
lavoratore dipendente <input type="checkbox"/>		
lavoratore autonomo <input type="checkbox"/>		
Pensionato <input type="checkbox"/>		

b) Esperienze lavorative (segnare con una x la casella scelta)

- nessuna esperienza
- lavoro autonomo (specificare il tipo di lavoro) _____
- lavoro dipendente (indicare le esperienze più significative e l'ultima effettuata o in corso)

Nome Ditta	Sede	Data inizio rapporto di lavoro	Data fine rapporto di lavoro	Mansione

4. ASPETTATIVE E MOTIVAZIONI AL LAVORO

a) Quali sono le capacità che Lei ritiene di possedere per svolgere un lavoro ?

b) Quali sono le difficoltà che lei ritiene di avere nello svolgere un lavoro ?

c) Quali caratteristiche dovrebbe avere un lavoro adatto a Lei ?

5. ATTITUDINI ED INTERESSI PERSONALI

a) Quali attività svolge abitualmente durante la giornata?

Al mattino _____

Al pomeriggio _____

Alla sera _____

b) Quali sono i suoi hobbies/interessi ? _____

6. AUTONOMIA PERSONALE

a) In quali ambiti della sua vita si sente limitato dalla sua disabilità? (segnare con una x la casella scelta)

	Per niente	In parte	Molto
Nell'autonomia personale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nel rapporto interpersonale e di coppia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nella vita sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nel lavoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Risponda inoltre alle seguenti domande (segnare con una x la casella scelta)

	SI	NO	IN PARTE
Riesce a provvedere da solo alla cura della sua persona (lavarsi, vestirsi, ecc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riesce a spostarsi da solo in casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riesce a spostarsi da solo fuori di casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sa provvedere alla cura della sua casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sa gestirsi nelle sue necessità quotidiane (amministrare il denaro, fare la spesa, cucinare, ecc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sa sbrigarsi da solo con la banca, l'ufficio postale, comunale o altro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Provvede da solo a curare la sua salute?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quali dei seguenti mezzi di trasporto usa autonomamente?	Bicicletta <input type="checkbox"/>	Motorino <input type="checkbox"/>	Automobile <input type="checkbox"/>
	Autobus <input type="checkbox"/>	Treno <input type="checkbox"/>	Altro <input type="checkbox"/>