



## DOMANDA DI INGRESSO IN R.S.A.

### Dati dell'interessato:

Cognome e Nome .....	
Sesso F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Stato civile ..... Data di nascita .....	
Luogo di nascita .....Residenza via .....n.....	
Comune .....CAP: ..... Prov..... telefono: .....	
Domicilio ( <i>solo se diverso dalla residenza</i> ) .....	
<u>Carta Regionale dei Servizi – Codice Assistito (<i>allegare copia</i>)</u> .....	
<u>Carta d'identità (<i>allegare copia</i>)</u> .....	
Tutore Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Amministratore di Sostegno Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Percentuale di invalidità ..... Indennità di accompagnamento Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>CHIEDE DI ESSERE INSERITO IN R.S.A. (casa di riposo)</b>	
In modo temporaneo <input type="checkbox"/>	In modo definitivo <input type="checkbox"/>

### Dati del familiare di riferimento per la presentazione della domanda:

Cognome e Nome .....	Rapporto di parentela.....
Data di nascita .....	Luogo di nascita .....
Residenza via .....	n.....Comune .....
CAP: .....	Prov..... telefono: ..... Recapito e-mail:.....

L'interessato è informato della presentazione della domanda di ingresso in RSA?

Sì  No

*Se no*, perché .....

L'interessato ha partecipato alla scelta di ricovero?

Sì  No

Ha avuto precedenti ricoveri in altre RSA?

Sì  No

*Se sì*, indicare dove e il periodo .....

Motivi dell'eventuale dimissione da altra RSA .....

Sono parte integrante della presente domanda:

1. la scheda sociale (All. A)
2. la scheda sanitaria (All. B)
3. copia carta Regionale dei servizi assistito (tessera Sanitaria)
4. copia carta di identità assistito
5. eventuale verbale di riconoscimento dell'invalidità civile
6. atto di nomina del Tutore o dell'Amministratore di sostegno

- Ai sensi del D.P.R. nr.445/00 le dichiarazioni mendaci contenute nella presente saranno perseguibili in base alla normativa vigente.

Addì,..... **Firma dell'interessato** \_\_\_\_\_

**N.B.: per i casi in cui l'interessato non sia in grado di sottoscrivere la presente domanda di ammissione si richiede al compilatore di integrare di seguito:**

Cognome e nome del compilatore della domanda .....  
Firma  
\_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi del REG.UE 2016/679**

I dati da lei forniti, anche di natura sensibile, saranno trattati, sia a livello cartaceo che informatico, al solo fine di gestire la lista d'attesa per l'ingresso come ospite nella Rsa, il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto comporta la mancata possibilità di inserimento in lista d'attesa. I dati potranno essere comunicati a terze parti solo per le finalità indicate in precedenza e comunque secondo quanto previsto dai limiti di legge. Il titolare del trattamento è la "Fondazione....." e il nome del responsabile è reperibile presso la segreteria. In ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi del REG.UE 2016/679

Autorizzo al trattamento dei dati personali e sensibili secondo quanto sopra descritto.

Cognome..... Nome.....  
Firma  
\_\_\_\_\_

LA PRESENTE DOMANDA HA LA VALIDITÀ MASSIMA DI UN ANNO DALLA DATA DI PRESENTAZIONE. E' CONSENTITO IL RINNOVO ALLA SCADENZA PREVIA RICHIESTA FORMALE, INTEGRAZIONE DOCUMENTALE E SUCCESSIVO PARERE FAVOREVOLE DEL DIRETTORE SANITARIO.

<p><b>Area riservata alla RSA</b></p> <p>PARERE DIRETTORE SANITARIO ACCETTAZIONE DOMANDA:</p> <p><input type="radio"/> FAVOREVOLE classificazione provvisoria _____ <input type="radio"/> NON FAVOREVOLE</p> <p>Data: _____ Firma Direttore Sanitario _____</p> <p>DATA CHIAMATA _____ ACCETTAZIONE: SI NO</p> <p>DATA IMPEGNO P.L. _____ DATA INGRESSO _____</p> <p>MOTIVO NON ACCETTAZIONE _____</p> <p><i>Data,</i> _____</p>
--