



## DOMANDA DI INGRESSO IN STRUTTURA

### DATI DELL'INTERESSATO

Cognome ..... Nome .....

Sesso:  F  M Stato civile.....

Luogo di nascita ..... Data di nascita.....

Residenza [via/piazza/piazzale] ..... n° .....

Comune di ..... C.A.P.....Provincia .....

Telefono [fisso] .....Cell. ....

Domicilio [se diverso dalla residenza].....

Codice fiscale ..... È invalido civile?  NO  SI

Pratica avviata (in attesa di accertamento).....

Se già riconosciuto invalido con quale codice? [Tessera verde IC.20, IC.13, IC.14, etc.].....

Possiede esenzione per reddito? [E01 etc.]  NO  SI Codice .....

Possiede esenzione per patologia [Tessera rosa A31, 013, 048 etc.]  NO  SI Codice .....

Ha avuto precedenti ricoveri in altre RSA?  NO  SI

Se sì in che periodo? .....

Motivo delle eventuali dimissioni da altra RSA? .....

Attualmente dove si trova? (casa/ospedale/riabilitazione ecc.) .....

### MOTIVO DEL RICOVERO

stato di salute solitudine problemi familiari problemi abitativi

I familiari di riferimento, dopo il ricovero, sono disponibili a collaborare in eventuali progetti di rientro in famiglia, anche giornalieri (es: fine settimana)?  NO  SI

Desidera camera:  Singola  Doppia Qualunque (al momento dell'ingresso)

Indicare cognome, nome e recapito telefonico del medico di assistenza primaria/reparto che l'ha attualmente in cura: .....

**CAREGIVER / REFERENTI AUTORIZZATI DALL'INTERESSATO**

NOME E COGNOME	GRADO PARENTELA	INDIRIZZO	RECAPITO TEL.	INDIRIZZO E-MAIL

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e di prestare il proprio consenso per le finalità indicate.

Luogo e Data presentazione domanda .....

Firma dell'interessato \* .....

**Sono parte integrante della presente domanda:**

- 1. Copia del documento di identità dell'interessato**
- 2. Copia della tessera sanitaria dell'interessato**
- 3. Eventuale verbale di riconoscimento dell'invalidità civile**
- 4. Esenzioni in originale**
- 5. Scheda di valutazione sanitaria, redatta dal medico di assistenza primaria o dal medico del reparto presso il quale si trova il richiedente**
- 6. Questionario Assistenziale compilato da familiare di riferimento/rappresentante**



**\*Nel caso in cui il richiedente non sia in grado di firmare il modulo per l'ingresso in RSA, la firma e la presentazione del modulo devono essere effettuate da una persona autorizzata in conformità dell'Articolo 9, paragrafo 2, lettera c) del GDPR:**

**1. Titolare della Responsabilità Legale:**

- Tutore Legale
- Curatore
- Amministratore di Sostegno

**2. Familiare o Rappresentante Autorizzato:**

- Parente Prossimo
- Rappresentante Designato



## DICHIARAZIONE DEL RAPPRESENTANTE

Io sottoscritto/a .....  
in qualità di ..... dichiaro quanto segue:

**Impossibilità del Richiedente a Firmare:** Il Sig./Sig.ra .....  
non è in grado di firmare personalmente questa domanda per motivi di .....

**Autorizzazione:** Sono autorizzato/a a firmare e presentare questa domanda per conto dell'interessato in  
virtù di [specificare il documento giuridico, es. procura, certificato di tutela, ecc.] .....  
.....

L'interessato è informato della presentazione della domanda di ingresso in R.S.A.?  SI  NO

Se no perché? .....

L'interessato ha partecipato alla scelta del ricovero?  SI  NO

### Allego alla presente domanda i seguenti documenti:

- Documento di Identità del Rappresentante
- Documento giuridico che conferma il ruolo del Rappresentante
- Eventuale certificato medico, se applicabile

**Dichiarazione di Veridicità:** Dichiaro quanto sopra è vero e corretto secondo mia conoscenza e  
consapevolezza.

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del  
Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e di prestare il proprio consenso per le finalità indicate.

Luogo e Data.....

Firma del Rappresentante.....

### È parte integrante della presente domanda:

1. Eventuale atto di nomina dell'AdS/Tutore (o copia dell'istanza presentata)

**Da compilare solo per le domande per la RSA San Francesco di Bergamo:**

**COLLOCAZIONE ABITAZIONE**

- Zona isolata (abitazione in luogo isolato, senza servizi, bus, negozi, etc.)
- Zona decentrata (abitazione in luogo fuori dal centro abitato ma con servizi, bus, negozi essenziali)
- Centro abitato

**ADEGUATEZZA ABITAZIONE**

**BARRIERE ARCHITETTONICHE:**

- Nessuna
- esterne ed interne
- solo esterne
- solo interne

**BAGNO:**

- Interno
- esterno
- Supporti antiscivolo:  Sì  No

**RISCALDAMENTO:**

- In tutti i locali
- solo in alcuni locali
- tipologia di impianto.....

**MOTIVO DEL RICOVERO:**

- Stato di salute
- solitudine
- problemi familiari
- problemi abitativi

I familiari di riferimento, dopo il ricovero, sono disponibili a collaborare in eventuali progetti di rientro in famiglia, anche giornalieri? (es: fine settimana)  Sì  No