

DOMANDA DI INGRESSO IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (R.S.A.)

Dati dell'interessato:

Cognome..... Nome

Sesso F M Stato civile Data di nascita

Luogo di nascita Provincia.....

Residenza in via n. Comune

Prov. C.A.P. Recapito telefonico.....

Domicilio (*solo se diverso dalla residenza*)

Carta Regionale dei Servizi (*allegare copia fronte-retro*).....

Carta d'identità (*allegare copia*).....

Amministratore di Sostegno: Sì No

Tutore: Sì No

Tipo di pensione/i:

Tipo di invalidità:..... % di invalidità civile:.....

Indennità di accompagnamento: Sì No

Esenzione ticket sanitario per:

Pratiche in corso per:

CHIEDE L'INGRESSO IN R.S.A. (Casa di Riposo)

In modo temporaneo dal al

In modo definitivo

Persona di riferimento per la presentazione della domanda:

Rapporto di parentela o giuridico.....

Cognome..... Nome

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

| |
|--|
| Residenza in via.....n. Comune |
| Prov.....C.A.P. Recapito telefonico..... |
| Recapito e- mail |
| Carta identità (<i>allegare copia</i>) Codice fiscale (<i>allegare copia</i>)..... |

Sono parte integrante della presente domanda:

- 1. la scheda sociale (All. A)**
- 2. la scheda sanitaria (All. B)**
- 3. eventuale verbale di riconoscimento dell'invalidità civile**
- 4. autocertificazione (in All. A) del nucleo familiare originario (coniuge vivente e tutti i figli viventi)**
- 5. eventuale atto di nomina dell'Amministratore di Sostegno / Tutore (o copia dell'istanza presentata)**

Eventuale altra documentazione potrà essere richiesta dall'Ente Gestore in caso di accoglimento della domanda

AI SENSI DEL D.P.R. NR.445/00 LE DICHIARAZIONI MENDACI CONTENUTE NELLA PRESENTE SARANNO PERSEGUIBILI IN BASE ALLA NORMATIVA VIGENTE.

Il sottoscritto dichiara di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 novellato dal D.Lgs. n. 101/2018. In mancanza del consenso al trattamento dei dati, l'Ente preposto sarà impossibilitato ad erogare le prestazioni/servizi richiesti e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge. Il titolare del trattamento è la "Fondazione....." e il nome del responsabile è reperibile presso la segreteria.

Data,.....

Firma dell'interessato

N.B.: PER I CASI IN CUI L'INTERESSATO NON SIA IN GRADO DI SOTTOSCRIVERE LA PRESENTE DOMANDA DI AMMISSIONE (DPR N° 445/2000 ART.4, COMMA 2) SI RICHIEDE AL COMPILATORE DI INTEGRARE DI SEGUITO:

Cognome e nome del compilatore della domanda

Firma

Cognome..... Nome..... Firma

LA PRESENTE DOMANDA HA **VALIDITÀ MASSIMA DI UN ANNO** DALLA DATA DELLA SUA PRESENTAZIONE, SALVO NECESSITÀ DI ULTERIORI CHIARIMENTI E/O INTEGRAZIONE DOCUMENTALE NECESSARIA ALLA RSA PER LA GESTIONE DELLA DOMANDA E/O DELL'EVENTUALE INSERIMENTO IN STRUTTURA

| | | |
|-------------------------|--------------------|------------|
| Area riservata alla RSA | Classe SOSIA _____ | Data _____ |
|-------------------------|--------------------|------------|