

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

Dati dell'interessato:

Cognome.....	Nome
Sesso F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tutore: Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tipo di pensione/i:	
Tipo di invalidità:..... % di invalidità civile:.....	
Indennità di accompagnamento: Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Esenzione ticket sanitario per:	
Pratiche in corso per:	
CHIEDE L'INGRESSO IN R.S.A. (Casa di Riposo)	
<input type="checkbox"/> In modo temporaneo dal	al <input type="checkbox"/> 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 _____
-------------------------	--------------------	------------