

Parte Riservata all'Ufficio Accettazione

Cigognola, li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ - Prot. n° \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ della LISTA DI ATTESA anno 20\_\_\_  
(annullato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_)

**Tipologia della Domanda:** **URGENTE** necessità di inserimento immediato **A BREVE/ LUNGO TERMINE** necessità di inserimento non immediata**DOMANDA CON REQUISITI PER NUCLEO ALZHEIMER:**  SI  NO**DOMANDA DI AMMISSIONE in RSA**

II/La sottoscritto/a .....

Nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ a ..... (cognome) ..... (nome) prov....., residente

a ..... prov. .... cap..... in Piazza/Via .....

.....n....., C.F: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Stato civile:**  libero  coniugato con.....  vedovo/a di.....**n° figli:** ....M ; .... F; che attualmente vive:  solo,  con .....

Titolo di Studio ..... Professione precedente .....

Professione attuale ..... Situazione pensionistica: .....

- percepisce l'Assegno di accompagnamento:  no,  si,  no, ma già presentato domanda
- % Invalidità (allegare copia verbale):  <=50,  51-74,  75-100
- usufruisce/ ha usufruito del servizio voucher  si,  no

**Alla data di presentazione della DOMANDA DI AMMISSIONE il sottoscritto si trova:**

- A casa ed ha attivato un servizio di assistenza:  no,  si .....
- Presso Ospedale/Centro Riabilitativo ..... di.....
- Presso RSA ..... del comune di .....
- Presso struttura sanitaria non accreditata
- Presso altro regime o tipologia: (specificare): .....

**Motivazione relativa all'inoltro della domanda:**

- perdita dell'autonomia fisica/psichica
- famiglia non in grado di provvedere ai bisogni
- alloggio non idoneo
- altro .....

II/La sottoscritto/a **SEGNALA** come **PARENTE DI RIFERIMENTO** per pagamenti, informazioni e comunicazioni anche sullo stato di salute

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

Grado di parentela:.....contattabile al n. ....

**II/La sottoscritto/a TRASMETTE LA SEGUENTE DOMANDA DI AMMISSIONE**

- Per ricovero ordinario a tempo indeterminato
- Per un periodo dal ..... al.....
- Per un ricovero ordinario a tempo indeterminato in camera singola

II/La sottoscritto/a **PRESTA IL CONSENSO** al trattamento dei dati personali e sanitari, risultanti dalla compilazione della presente "Domanda di Ammissione", dell'allegato "Questionario Medico" e per le attività connesse alla vita di Struttura, come indicato nell'informativa privacy IO.SER.03 allegata. È altresì a conoscenza che deve fornire il consenso all'ATS e a Regione Lombardia per l'eventuale utilizzo dei miei dati e del mio Fascicolo Sanitario Elettronico.

Il mancato consenso rende impossibile l'accoglimento presso la RSA.

**FORNISCE IL CONSENSO**       **NON FORNISCE IL CONSENSO**

II/La sottoscritto/a **GARANTISCE** la veridicità dei dati forniti, **AUTORIZZA** la raccolta, la trasmissione e l'archiviazione dei dati personali e sanitari all'interno della rete dei servizi socio-assistenziali/sanitari (Regione Lombardia, ATS di Pavia, Comuni, RSA) nel rispetto del diritto alla riservatezza, **COMUNICA** tempestivamente e formalmente agli uffici Amministrativi ogni variazione dei recapiti telefonici di seguito indicati. In difetto gli Uffici Amministrativi e la Direzione Sanitaria saranno sollevati da ogni responsabilità per il caso di impossibilità a contattare il parente di riferimento.

*Firma leggibile del richiedente*

.....  
**se il richiedente è inabile alla firma (compilazione necessaria a cura di 2 parenti):**

<i>cognome e nome</i>	<i>Relazione di parentela</i>	<i>Firma</i>

**1) Il Parente di riferimento** Sig.r/ra.....

Nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a ..... CF: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Grado di parentela con l'Ospite : ..... Residente a .....

cap ..... prov. .... in Via ..... n. ....

n. tel.casa ..... cell..... altri n. tel. ....

e-mail: .....@..... (per comunicazioni e copia fattura)

si impegna alla ricezione e al conseguente pagamento delle Fatture e dichiara di conoscere ed accettare in tutte le sue parti il vigente "Regolamento di Accoglimento e Assistenza" della RSA "Residenza La Tua Casa", oltre a garantire la veridicità dei dati trasmessi attraverso la presente "Domanda di Ammissione" e di conoscere l'informativa privacy IO.SER.03 ricevuta in allegato e di prestare il consenso al trattamento dei propri dati personali.

Il mancato consenso rende impossibile l'accoglimento presso la RSA del proprio congiunto.

**FORNISCE IL CONSENSO**       **NON FORNISCE IL CONSENSO**

....., li ..... Firma .....

**ALTRI PARENTI DELL'OSPITE** per informazioni e comunicazioni anche sullo stato di salute:

2) Nome .....Cognome.....

Grado di parentela con l'Ospite : .....Residente a.....

cap .....prov..... in Via ..... n. ....

n. tel.casa..... cell..... altri n. tel. ....

Dichiara di conoscere l'informativa privacy IO.SER.03 ricevuta in allegato e di prestare il consenso al trattamento dei propri dati personali. Il mancato consenso rende impossibile l'accoglimento presso la RSA del proprio congiunto

**FORNISCE IL CONSENSO**                       **NON FORNISCE IL CONSENSO**

....., li ..... Firma .....

3) Nome.....Cognome.....

Grado di parentela con l'Ospite : .....Residente a.....

cap .....prov..... in Via ..... n. ....

n. tel.casa..... cell..... altri n. tel. ....

Dichiara di conoscere l'informativa privacy IO.SER.03 ricevuta in allegato e di prestare il consenso al trattamento dei propri dati personali. Il mancato consenso rende impossibile l'accoglimento presso la RSA del proprio congiunto

**FORNISCE IL CONSENSO**                       **NON FORNISCE IL CONSENSO**

....., li ..... Firma .....

**Riservato all'Ufficio Accettazione**

Domanda ricevuta in data.....Completa:  **si**     **no, perché**.....

In data ..... si riceve..... a completamento della presente D. A.

Eventuali note da segnalare:.....

in possesso di  carrozzina,  deambulatore,  altro .....

.....Data.....Firma Uff. Accettazione.....

**Riservato alla Direzione Sanitaria**

In data .....,il Medico della RSA, ha preso visione dei dati contenuti nella presente Domanda di Ammissione e dell'allegato Questionario Medico che risulta completo -  si,  no – in tutte le sue parti e, dai dati ricevuti, informa della "presunta classe SOSIA .....", Alzheimer  si

Determinazione della Retta:     Retta Ordinaria     Retta Maggiorata

Nucleo di degenza consigliato:  Nucleo Alzheimer  altri nuclei .....

Il Dott. ....Firma .....

