

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 nascitaProvincia.....	
Residenza in vian. 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.

*Informativa privacy ai sensi del Regolamento U.E. n° 2016/679 e del D. Lgs 196/2003 s.m.i.
(informativa estesa allegata al presente modulo)*

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 "Istituto delle Suore Poverelle detto anche Istituto Palazzolo" 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 Regolamento U.E. n° 2016/679.

☐ *Autorizzo al trattamento dei dati personali e particolari secondo quanto sopra descritto e meglio definito nell'informativa completa allegata.*

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

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
-------------------------	--------------------	------------