

## 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 ( <i>solo se diverso dalla residenza</i> ) .....	
Carta Regionale dei Servizi ( <i>allegare copia fronte-retro</i> ).....	
Carta d'identità ( <i>allegare copia</i> ).....	
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: .....	
<b>CHIEDE L'INGRESSO IN R.S.A. (Casa di Riposo)</b>	
<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 _____
-------------------------	--------------------	------------