

Fondazione Case di Riposo Riunite di Bregnano e Lomazzo

Via del Laghetto, 9 - 22074 Lomazzo (CO) tel. 02/96370129 – fax. 02/96779235 P.IVA 03850460134
info@fondazionecaseriposoriunite.it; fondazionecaseriposoriunite@pec.wmail.it

All.01 MOD-FO-1a

DOMANDA DI AMMISSIONE

per:

Ricovero RSA

Ricovero RSA solvente

Centro Diurno Integrato

(Specificare preferenza giorni di frequenza)

lunedì martedì mercoledì giovedì venerdì sabato

PREFERENZA STRUTTURA: LOMAZZO BREGNANO

Riservato all'ufficio:

Comunicazione disponibilità: ___/___/___	Ingresso: ___/___/___
<input type="checkbox"/> Accetta ___/___/___	Impegno: ___/___/___
<input type="checkbox"/> Rinuncia ___/___/___ per.....	
<input type="checkbox"/> Doc. sanitaria ___/___/___	

Sedi Operative:

RSA "Casa Albergo di Lomazzo": Via del Laghetto, 9 - 22074 Lomazzo (CO) tel. 02/96370129 - fax. 02/96779235

RSA "Casa del Sole": viale Kennedy, 70 - 22070 Bregnano (CO)

Domanda unica di inserimento in RSA

(La dichiarazione di residenza ha valore di autocertificazione
ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 443 del 28.12.2000)

Generalità dell'Interessato/a (soggetto per cui si chiede il ricovero):

NomeCognome

M F Stato Civile..... ASST (ex ASL) Residenza.....

Nato/a a..... il

Codice FiscaleComune di residenza.....

Via/Piazza.....tel.....

Tipologia ricovero: ordinario temporaneo per dimissioni da H di sollievo Urgente: sì no

Al momento della domanda la persona interessata si trova: a Domicilio

(Usufruisce di: Assistenza domiciliare sanitaria (ADI) Assistenza domiciliare sociale

E' allettata: SI NO Ha difficoltà a camminare: SI NO Ha disturbi cognitivi: SI NO

in RSA..... in IDR..... in Struttura privata.....

in Ospedalereparto:telefono.....

Medico Medicina Generale Dott./ssa.....telefono.....

Persona di riferimento: Nome.....Cognome.....

Residente a.....Via.....

Telefono.....Cell..... grado di parentela.....

Codice fiscaleIndirizzo e - mail:.....

Titolo di rappresentanza legale (nel caso di persone con deficit delle funzioni cognitive):

Amministratore di sostegno Tutore Curatore Procuratore

Seconda persona di riferimento: Nome.....Cognome.....

Grado di parentela..... tel.....cell.....

Indirizzo e - m a i l :

Situazione economica del soggetto di cui si chiede il ricovero in RSA (Pensione):

INPS cat. VO vecchiaia n.

INPS cat. IO invalidità n.

INPS cat. SO reversibilità n.

INPS cat. PS sociale n.

Stato (INPDAP, Ministero Tesoro, ecc.) n.

- Invalidità civile n.
- Indennità accompagnamento n.
- Altro

Accertamento invalidità civile (barrare la casella che interessa)

- In corso Accertata di grado% Domanda non presentata Ric. L 104: Si No

ESENZIONI RICONOSCIUTE (CON COPIA DOCUMENTAZIONE)

.....

Consenso informato al trattamento dei dati (L. 196/2003)

Il regolamento Europeo 2016/679 (GDPR) e la legge n° 196/30 giugno 2003 prevedono la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la legge indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i suoi diritti.

Ai sensi dell'art. 13-14 della Legge predetta, Le comunichiamo che i dati saranno trattati al solo scopo di valutare le sue condizioni attuali in funzione dell'ammissione in questa RSA o in altre RSA provinciali a cui dovesse fare domanda di ammissione e hanno natura obbligatoria. Gli stessi dati potranno essere forniti alla Regione Lombardia o alla ATS Insubria Via Otorino Rossi 9 - Varese - Direzione Sociosanitaria per gli obblighi di legge.

Ribadisco esplicitamente tutti gli impegni e i consensi espressi in ogni parte di questo modulo.

Documenti da allegare alla domanda:

- Copia Tessera sanitaria e Carta di Identità.
- Certificato sanitario compilato dal medico curante su modulo allegato.
- Certificato VACCINALE.
- Consenso al trattamento dei dati da parte della RSA per valutazione ingresso anche da parte di altre strutture.
- ESENZIONI RICONOSCIUTE E DI CUI SI È IN POSSESSO.
- Eventuale Nomina Amministratore di Sostegno

Questo modulo è di per sé sufficiente alla iscrizione del richiedente alla lista d'attesa della RSA a cui si formula la domanda di ricovero.

Il richiedente:

Data.....Firma.....

Per il richiedente: nome.....cognome.....

Grado di parentela.....Firma.....

Per il richiedente: nome.....Cognome.....

Grado di parentela.....Firma.....