

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

DOMANDA DI AMMISSIONE

per:

☐ Ricovero RSA

☐ Ricovero RSA solvente

☐ Centro Diurno Integrato

(Specificare preferenza giorni di frequenza)

☐ lunedì ☐ martedì ☐ mercoledì ☐ giovedì ☐ venerdì ☐ sabato ☐ domenica

STRUTTURA: ☐ LOMAZZO ☐ BREGNANO

Riservato all'ufficio:

Comunicazione disponibilità: ____/____/____

☐ Accetta ____/____/____

☐ Rinuncia ____/____/____ per.....

☐ Doc. sanitaria ____/____/____

Ingresso: ____/____/____

Impegno: ____/____/____

Sedi Operative:

1

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) tel. 031/773901 - fax. 031/773966

Riservato alla struttura _____

ID utente _____

Data accettazione: _____

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):

Nome **Cognome**

M ☐ F ☐ Stato Civile..... ASL Residenza.....

Nato/a a..... il

Codice Fiscale Comune 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

È 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.....

Indirizzo e – mail:.....

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

☐ Amministratore di sostegno ☐ Tutore ☐ Curatore

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

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

Indirizzo e – mail:.....

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: ☐ Sì ☐ No

Il richiedente:

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

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

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

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

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

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

La legge n° 196/30 giugno 2003 prevede 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 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 ASL di Como Via Pessina 6 – Direzione Sociale per gli obblighi di legge. Per far valere i suoi diritti così come previsto dall'Art. 7 - 8 - 9 della Legge n° 196/2003 potrà rivolgersi alla Regione, alla ASL di Como o alle R.S.A. da Lei prescelte.

Il sottoscritto/a, acquisite le informazioni di cui all'Art. 13 della Legge 196/2003, acconsente al trattamento dei propri dati personali da parte delle RSA accreditate nell'ambito territoriale della Asl della provincia di Como, dichiarando di aver avuto, in particolare, conoscenza che alcuni dei dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui all'Art. 23 della Legge citata, vale a dire i dati "Idonei a rilevare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale".

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

Il richiedente: data.....firma.....

Per il richiedente: nomecognome

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

Per il richiedente: nomecognome

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

Documenti da allegare alla domanda:

- **Copia Tessera sanitaria e Carta d'Identità**
- **Consenso al trattamento dei dati da parte della RSA per valutazione ingresso anche da parte di altre strutture**

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