

DOMANDA DI AMMISSIONE IN RSA**DOMANDA DI AMMISSIONE**

Il/La sottoscritto/a _____

residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____

recapiti telefonici _____

nella qualità di _____ della sig.ra/del sig. _____ ed

assumendosi ogni responsabilità al riguardo

PRESENTA DOMANDA DI AMMISSIONE PRESSO LA RSA**Nel caso il richiedente sia persona diversa dall'Ospite, la presente domanda è da intendersi effettuata con il consenso di quest'ultimo.****DATI ANAGRAFICI DELL'OSPITE**

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov. _____

Residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____

Cittadinanza _____ Stato civile _____

N° figli maschi _____ N° figli femmine _____ Documento di identità _____

Codice Fiscale _____ **(OBBLIGATORIO)****Numero Tessera sanitaria (CODICE ASSISTITO)** _____ **(OBBLIGATORIO)**

ATS di appartenenza _____

Posizione professione _____ Ha svolto lavoro retribuito? SI' NO Situazione pensionistica:
 Nessuna pensione
 Anzianità/vecchiaia
 Reversibilità
 Sociale
 Tipologia speciali
 Invalidità

Titolo di studio _____

Intestatario di indennità di accompagnamento: SI' NO

DOMANDA DI AMMISSIONE IN RSA

Provenienza dell'ospite:

1. Soggetto che accede alla struttura direttamente dal domicilio
2. Soggetto in dimissione da _____
(indicare la struttura di ricovero ospedaliero o altro Istituto)

DATI ANAGRAFICI DEL GARANTE INDIVIDUATO PER IL PAGAMENTO

Nome _____ Cognome _____

Grado di parentela con l'ospite _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____

Codice Fiscale _____

Recapiti telefonici _____

Indirizzo e mail: _____

ALTRI REFERENTI DELL'OSPITE DA CONTATTARE

Nome _____ Cognome _____

Grado di parentela con l'ospite _____ Recapiti telefonici _____

Residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____

Dichiara di aver preso conoscenza e di accettare le procedure, le finalità e le condizioni che regolano il ricovero.

Data _____

Firma del sottoscrittore _____

Da allegare alla presente domanda:

- * **relazione assistenziale**
- * **scheda sanitaria, compilata dal medico curante**
- * **informativa sulla privacy ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 del richiedente**
- * **informativa sulla privacy ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 del sottoscrittore.**

Data _____

Firma leggibile _____

Per ricevuta ed accettazione

Nominativo RSA _____