

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:	
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 (*allegare copia*) Codice fiscale (*allegare copia*).....

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 "Opere Pie Riunite Giovan Battista Rubini" - Onlus* 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 _____
--------------------------------	--------------------	------------