

DOMANDA DI INGRESSO IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (R.S.A.)

Dati dell'interessato:

Cognome Nome

Sesso F M Stato civile..... Data di nascita

Luogo di nascita Provincia

Residenza in via n. Comune

Prov..... C.A.P. Recapito telefonico

Domicilio (solo se diverso dalla residenza)

Codice Fiscale.....

Carta Regionale dei Servizi (allegare copia fronte e retro).....

Carta d'identità (allegare copia)

Amministratore di sostegno: Sì No..... Tutore: Sì No

Tipo di pensione/i: Tipo di invalidità:% invalidità

Indennità di accompagnamento: Sì No Esenzione ticket sanitario:

Pratiche in corso per:

CHIEDE L'INGRESSO IN R.S.A.

In modo temporaneo dalal

In modo definitivo

Persona di riferimento per la presentazione della domanda:

Rapporto di parentela o giuridico

Cognome..... Nome

Data di nascita Luogo di nascitaProv.

Residenza in via..... n. Comune

Prov..... C.A.P. Recapito telefonico

Recapito e-mail

Codice fiscale (allegare copia).....

Carta di identità (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 CARISMA" 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

.....

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