

# DOMANDA D'INGRESSO AMMINISTRATIVA

## RICHIEDENTE

(COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DIRETTO INTERESSATO ALL'INSERIMENTO PRESSO LA RSA)

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via / Corso \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici: casa/ufficio \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici: cellulare \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_.

Altri riferimenti: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_

## RICHIEDE INSERIMENTO PRESSO LA RSA PER IL SIG./LA SIG.RA

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_ Genere:  M  F Numero

documento di identità \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Codice Esenzione \_\_\_\_\_

ASL di appartenenza \_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Via / Corso \_\_\_\_\_

Recapito Telefonico \_\_\_\_\_

### Compilare solo se occorre

- Domicilio differente dalla residenza:

Domiciliato in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via / Corso \_\_\_\_\_

### Preferenze:

TORINO:  RSA MAZZARELLO  RSA IL VALENTINO  RSA CROCETTA

RIVOLI:  RSA COMPLESSO BOSCO DELLA STELLA

LANZO:  RSA COLLEGIO SAN FILIPPO NERI

**TUTELA:**

NO  SI:

**Amministrazione di sostegno**

- In corso  
 Numero decreto: \_\_\_\_\_

**Interdizione**

Qualifica:

- Familiare: \_\_\_\_\_  
 Altro (specificare qualifica; ad esempio: Funzionario del Comune, Avvocato nominato dal Tribunale...): \_\_\_\_\_

**TIPOLOGIA DI RICOVERO:**

- Tempo determinato  
 Lungodegenza

**CONVENZIONE:**

- NO  
 SI, con il seguente ente: \_\_\_\_\_

MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO	PROVENIENZA
<p><input type="checkbox"/> Condizioni abitative non idonee <input type="checkbox"/> Vive solo/sola <input type="checkbox"/> Perdita autonomia <input type="checkbox"/> Quadro clinico compromesso <input type="checkbox"/> Mantenimento/miglioramento capacità residue <input type="checkbox"/> Altro (ad es: problematiche sociofamiliari)</p> <hr/>	<p><input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Istituto di ricovero per acuti (ospedale) <input type="checkbox"/> Struttura psichiatrica <input type="checkbox"/> Istituto di riabilitazione <input type="checkbox"/> Altra RSA <input type="checkbox"/> Altro: _____</p> <hr/>

**DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:**

- CARTA DI IDENTITÀ/PERMESSO DI SOGGIORNO SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO, IN CORSO DI VALIDITÀ  
 TESSERA SANITARIA  
 EVENTUALI ESENZIONI  
 VERBALE INVALIDITÀ  
 DOCUMENTO RELATIVO ALLA TUTELA (ad esempio copia procura, copia decreto di nomina AdS, etc.)

**EVENTUALI NOTE/OSSERVAZIONI**

---

---

---

Ai sensi del D.L.gs.679 del 2016 si informa che i dati indicati saranno utilizzati esclusivamente al fine di comunicazione/informazione per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo, come regolamentato nella relativa informativa della Struttura ricevente.

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_\_

FIRMA DEL RICHIEDENTE: