

## 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 \_\_\_\_\_

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

Condizioni abitative non idonee

Vive solo/sola

Perdita autonomia

Quadro clinico compromesso

Mantenimento/miglioramento capacità residue

Altro (ad es: problematiche sociofamiliari):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PROVENIENZA

Domicilio

Istituto di ricovero per acuti (ospedale)

Struttura psichiatrica

Istituto di riabilitazione

Altra RSA

Altro: \_\_\_\_\_

## DOMANDA D'INGRESSO AMMINISTRATIVA

### 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:

---