

FONDAZIONE A. M. SACCONAGHI — G. BORGHI
Via Valle Oro, n. 30 - 21025 - COMERIO (VA)

Telefono 0332/737400 - Fax 0332/737123
E-mail: info@fondazionesacconaghi.it

OGGETTO: DOMANDA D'AMMISSIONE (validità 6 mesi)

<p>DOMANDA</p> <p>concernente il/la Sig./Sig.ra</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p style="text-align: center;">Presentata</p> <p><input type="checkbox"/> personalmente dall' aspirante</p> <p><input type="checkbox"/> dal/dalla Sig./Sig.ra</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>residente a</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>tel. _____</p> <p>parentela eventuale</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> dal Comune di</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Altro _____</p>
---	--

NOTE INFORMATIVE

Dati anagrafici e condizione sociale:

Data di nascita _____

Comune e Provincia di nascita _____

Residenza _____

Stato civile _____

Cognome del coniuge _____

Numero figli viventi _____ di cui femmine _____ e maschi _____

Titolo di studio _____

Ultima professione prima del pensionamento _____

Motivi della domanda

- ha perso l'autonomia fisica/psichica
- la famiglia non è in grado di provvedere
- vive solo
- l'alloggio è inadatto
- altro

Indicare se la persona è:

- da ricoverare in lungodegenza
- da ricoverare temporaneamente

Provenienza

Da casa propria

Da ospedale

 Quale _____

Da struttura di riabilitazione

 Quale _____

Da altra Rsa

 Quale _____

SITUAZIONE PENSIONISTICA

- Sociale
- Anzianità/Vecchiaia
- Reversibilità
- Infortunio sul lavoro
- Invalidità Percentuale _____%
- Assegno di accompagnamento

INDICARE LA PENSIONE PREVALENTE _____

FIGURE DI RIFERIMENTO

Impegnativa per il pagamento della retta

Solvente in proprio

A carico terzi _____

A carico Comuni

A carico altro Ente

INDICARE SE PER LA PERSONA DA RICOVERARE E' STATO NOMINATO UN :

Tutore Curatore Amministratore di sostegno

Responsabile dell'assistenza

Accompagnamento ad indagini mediche specialistiche , eventuali lavaggio o sostituzione biancheria, comunicazioni varie. Specificare Nome, Cognome, indirizzo, numero di telefono.

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:

- copia tessera sanitaria
- copia verbale di invalidità
- copia della carta d'identità
- certificato di residenza
- certificazione medica

L'AMMISSIONE ALLA RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE SARA' SUBORDINATA AL:

* PARERE SANITARIO E INSINDACABILE DEL RESPONSABILE SANITARIO

* SOTTOSCRIZIONE DEGLI IMPEGNI FINANZIARI

* ACCETTAZIONE DI TUTTE LE CLAUSOLE DEI REGOLAMENTI INTERNI DELLA RESIDENZA.

Informativa privacy D. lgs. Nr.196/2003

I dati acquisiti sono utilizzati esclusivamente a scopi amministrativi per la presentazione della domanda di ricovero e la gestione delle comunicazioni e degli adempimenti conseguenti. Per nessun motivo tali dati saranno resi pubblici o ceduti a terzi. In ogni momento è possibile avere accesso ai propri dati chiedendone l'aggiornamento o la cancellazione ai sensi della normativa vigente. In caso di assenza del consenso al trattamento dati la Fondazione non potrà accogliere la presente domanda.

Consenso

In relazione alla presente domanda ed in ottemperanza agli obblighi previsti dalla legge sulla tutela dei dati personali, previa informativa di cui all'art.13 D.lgs. nr.196/2003, con la presente si esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali

Data _____

Firma del presentatore _____

PARTE RISERVATA ALL'ENTE

NR. PROGRESSIVO DOMANDA _____

Valutazione del medico della struttura dal controllo della documentazione medica presentata

Il/La Sig./Sig.ra

PUO' ESSERE AMMESSO/A

NON PUO' ESSERE AMMESSO/A

Data _____ Firma _____

DATA INSERIMENTO IN RSA _____

DATA PRENOTAZIONE CON DECORRENZA

RETTA DI DEGENZA _____

FIRMA PER ACCETTAZIONE _____

CANCELLAZIONE DALLA LISTA DI ATTESA _____