



FONDAZIONE ONLUS  
ANGELA MAURI SACCONAGHI  
GIOVANNI BORGHI

Via Valle Oro n. 30 - 21025 Comerio (Va) P.I. 01584580128 - C.F. 83001270129

## DOMANDA D'AMMISSIONE (validità 6 mesi)

COGNOME _____	NOME _____	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Presentata da _____		residente a _____	
Tel.: _____		grado di parentela _____	

### NOTE INFORMATIVE:

#### **Dati anagrafici e condizioni economiche:**

Data di nascita \_\_\_\_\_ Comune e Provincia di nascita \_\_\_\_\_

Residenza \_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_ Cognome del coniuge \_\_\_\_\_

N. 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/a  l'alloggio non è idoneo  altro

#### **Indicare se la persona è:**

da ospitare in lungodegenza  
 da ospitare 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 \_\_\_\_\_



FONDAZIONE ONLUS  
ANGELA MAURI SACCONAGHI  
GIOVANNI BORGHI

Via Valle Oro n. 30 – 21025 Comerio (Va) P.I. 01584580128 – C.F. 83001270129

## **FIGURE DI RIFERIMENTO**

### **Impegnativa per il pagamento della retta**

- Solvente in proprio  
 A carico terzi: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
 A carico Comune \_\_\_\_\_  A carico altro Ente \_\_\_\_\_

### **INDICARE SE PER LA PERSONA DA OSPITARE SIA STATO NOMINATO UN:**

- Tutore                       Curatore                       Amministratore di sostegno

**Responsabile dell'assistenza** nel caso in cui ci sia la necessità di accompagnare l'Ospite a visite mediche specialistiche, eventuale lavaggio o sostituzione biancheria e da contattare per comunicazioni varie:

**Cognome:** \_\_\_\_\_

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Indirizzo:** \_\_\_\_\_

**N. telefono:** \_\_\_\_\_

### **DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:**

- Copia tessera sanitaria     Copia verbale di invalidità     Copia della Carta d'Identità  
 Certificazione medica

### **L'AMMISSIONE ALLA FONDAZIONE SARA' SUBORDINATA AL:**

- Parere Sanitario insindacabile del Responsabile Sanitario
- Sottoscrizione degli impegni finanziari
- Accettazione di tutte le clausole dei regolamenti interni della Residenza

### **Informativa Privacy – Regolamento UE 2016/679 e norme nazionali vigenti in materia di protezione dei dati personali e libera circolazione degli stessi**

I dati acquisiti sono utilizzati esclusivamente a scopi amministrativi per la presentazione della domanda di ricovero e la gestione delle comunicazioni e degli adempimenti conseguiti. 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 del Regolamento UE 2016/679, con la presente si esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_