



# FONDAZIONE

“Bartolomea Spada – Schilpario – Valle di Scalve”  
O.N.L.U.S.

MOD 05 - 03 – 2010  
pagina 1 di 3



A.C.R.B.  
Associazione Case di Riposo  
della Provincia di Bergamo



## DOMANDA DI INGRESSO IN R.S.A.

### Dati dell'interessato:

Cognome .....	Nome .....		
Sesso      F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	Stato civile .....	Data di nascita .....
Luogo di nascita .....			
Residenza in via .....n. .... Comune .....			
Prov. ....	C.A.P. ....	Recapito telefonico .....	
Domicilio (solo se diverso dalla residenza) .....			
Carta Regionale dei Servizi – Codice Assistito (allegare copia) .....			
Carta d'identità (allegare copia) .....			
Percentuale di invalidità ..... Indennità di accompagnamento    Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
<b>CHIEDE DI ESSERE INSERITO IN R.S.A. (casa di riposo)</b>			
In modo temporaneo <input type="checkbox"/>		In modo definitivo <input type="checkbox"/>	

### Dati del familiare di riferimento per la presentazione della domanda:

Rapporto .....	di .....	parentela .....			
Cognome .....			Nome .....		
Data di nascita .....	Luogo di nascita .....				
Residenza in via .....n. ....			Comune .....		

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

L'interessato è informato della presentazione della domanda di ingresso in RSA?

Sì No

*Se* *no*, perché

.....

L'interessato ha partecipato alla scelta di ricovero?

Sì No

Ha avuto precedenti ricoveri in altre RSA?

Sì No

*Se* *sì*, indicare dove e il periodo

.....

Motivi dell'eventuale dimissione da altra RSA .....

Indicare il nome e il recapito telefonico del Medico di Assistenza Primaria

.....

**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.**

- Ai sensi del D.P.R. nr.445/00 le dichiarazioni mendaci contenute nella presente saranno perseguibili in base alla normativa vigente.

Addì,.....

Firma dell'interessato

\_\_\_\_\_

**N.B.: per i casi in cui l'interessato non sia in grado di sottoscrivere la presente domanda di ammissione (art.24 D.lgs 196/2003) si richiede al compilatore di integrare di seguito:**

Cognome e nome del compilatore della domanda .....

Firma

\_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi del D.lgs. 196/2003**

I dati da lei forniti, anche di natura sensibile, saranno trattati, sia a livello cartaceo che informatico, al solo fine di gestire la lista d'attesa per l'ingresso come ospite nella Rsa, il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto comporta la mancata possibilità di inserimento in lista d'attesa. I dati potranno essere comunicati a terze parti solo per le finalità indicate in precedenza e comunque secondo quanto previsto dai limiti di legge. Il titolare del trattamento è la "Fondazione....." e il nome del responsabile è reperibile presso la segreteria. In ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.lgs 196/2003.

Autorizzo al trattamento dei dati personali e sensibili secondo quanto sopra descritto.

Cognome..... Nome.....

Firma

\_\_\_\_\_

**Area riservata alla RSA**

Classe SOSIA: \_\_\_\_\_

Percentuale di invalidità: \_\_\_\_\_

Indennità di accompagnamento    Sì             No

***Data,***