

<b>Attestazione ricevimento</b> (data di ricevuta della richiesta)	
---	--

RSA – Residenza *Villa Anna Mod. 02/mm***DOMANDA DI INSERIMENTO IN RSA** **R1**       **R2**       **R2D**       **R2Alzh**       **R3****INFORMAZIONI ANAGRAFICHE***Compilazione a cura dell'interessato/famigliare/tutore/ads*Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(da compilare se il richiedente è diverso dal diretto interessato all'inserimento in RSA)

Nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**In qualità di:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Soggetto direttamente interessato  | <input type="radio"/> Curatore                        |
| <input type="radio"/> Familiare di riferimento/garante/i | <input type="radio"/> Assistente familiare (badante)  |
| <input type="radio"/> Amministratore di sostegno         | <input type="radio"/> Funzionario del Comune di _____ |
| <input type="radio"/> Tutore                             |   |

**CHIEDE L'INGRESSO DEL SIG./SIG.RA**

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

data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_

stato civile:     Celibe/Nubile     Coniugato/a     Separato/a     Divorziato/a     Vedovo/a

Cittadinanza \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ N° tessera Sanitaria \_\_\_\_\_

***Elenco dei documenti da produrre in copia al momento della presentazione della domanda:***

1. documento di identità in corso di validità
2. tessera sanitaria
3. tesserino esenzione ticket
4. verbale di accertamento di invalidità o domanda di invalidità
5. certificato di residenza o autocertificazione con Atto sostitutivo di notorietà
6. scheda informazioni sanitarie
7. nomina amministratore di sostegno o tutore (*se del caso*)

***\*Al momento dell'ingresso l'Ente Gestore potrà richiedere ulteriore documentazione ritenuta necessaria***

Il sottoscritto dichiara che la domanda è stata redatta con il consenso dell'interessato/a e che, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta.

Si impegna inoltre a comunicare alla RSA l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso ecc.).

Dichiara di assumersi ogni responsabilità in merito alla compilazione della presente ed alla veridicità dei dati in essa contenuti ed autorizza la raccolta, la trasmissione e l'archiviazione dei dati personali all'interno della rete dei servizi socio-assistenziali/sanitari (Organi Competenti) nel rispetto del diritto alla riservatezza, in conformità a quanto previsto dall'art. 10 L. 675/96 e art. 13 del D. Lgs 196/03.

Firma della persona o del richiedente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

## **SCHEDA PERSONALE**

### **Motivo per cui si richiede ingresso in RSA.**

*(barrare anche più risposte)*

- Persona non autonoma
- Vive sola
- Alloggio non idoneo
- Difficoltà familiari
- Problematiche sanitarie
- Altro *(specificare)* \_\_\_\_\_

### **La persona interessata attualmente si trova presso:**

- Abitazione:  propria  di altri *(specificare)* \_\_\_\_\_
- Ospedale *(specificare)* \_\_\_\_\_
- Istituto di riabilitazione *(specificare)* \_\_\_\_\_
- RSA (Casa di riposo) *(specificare)* \_\_\_\_\_
- Struttura psichiatrica *(specificare)* \_\_\_\_\_
- Altra struttura *(specificare)* \_\_\_\_\_
- Altro *(specificare)* \_\_\_\_\_

### **Grado di istruzione**

- nessuno
- licenza elementare
- diploma media inferiore
- diploma media superiore
- laurea
- altro

Professione esercitata prima del pensionamento \_\_\_\_\_

Numero di Figli \_\_\_\_\_ Maschi \_\_\_\_\_ Femmine \_\_\_\_\_

**Dati relativi alla situazione pensionistica dell'interessato:**

- Nessuna pensione
- Anzianità/Vecchiaia
- Sociale
- Speciale (guerra, infortunio sul lavoro...)
- Reversibilità
- Invalidità

**L'interessato usufruisce attualmente di:** *(barrare anche più risposte)*

- Invalidità civile:  SI (% .....Codice .....)
- NO  In attesa
- Assegno di accompagnamento:  SI  NO  In attesa
- Assistenza Domiciliare Sociale (SAD)  SI  NO
- Assistenza Domiciliare Socio Sanitaria (ADI)  SI  NO

**ALTRE INFORMAZIONI**

<b>Autonomia nelle attività strumentali</b>	Autonomo	Riceve aiuto	Non in grado
Uso del telefono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fare acquisti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cucinare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulizia della casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fare il bucato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spostarsi con i mezzi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assumere farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maneggiare denaro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'anziano esce di casa?  SI ( solo  accompagnato)  NO

**Altre notizie utili**

---



---



---

**Il compilatore:**

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

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

**In caso di necessità o come referente è inoltre possibile contattare**

il/la sig./ra \_\_\_\_\_ che risulta legato all'ospite

dalla seguente relazione di parentela/conoscenza \_\_\_\_\_,

e che è residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**e/o**

il/la sig./ra \_\_\_\_\_ che risulta legato all'ospite

dalla seguente relazione di parentela/conoscenza \_\_\_\_\_,

e che è residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_