



# FONDAZIONE "MONSIGNOR GIACOMO CARETTONI" O.N.L.U.S.

R.S.A. – CENTRO DIURNO INTEGRATO – CURE DOMICILIARI – PPE

M GC 21 AMM Rev.03 del 02/05/2023

## DOMANDA DI AMMISSIONE PER

RSA     CDI

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_

consapevole della sanzioni penali, nel caso di dichiarazione mendace, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art.76 del DPR n.445 del 28 dicembre 2000

## DICHIARA

- di essere nato/a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_

- di essere residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_ )

Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

n. cod. fiscale: \_\_\_\_\_, n. tessera sanitaria: \_\_\_\_\_

- Medico di Medicina Generale Dott. \_\_\_\_\_

- di essere seguito dai servizi territoriali (ATS) di \_\_\_\_\_

STATO CIVILE

- celibe/nubile
- coniugato/a
- separato/a
- divorziato/a
- vedovo/a
- non dichiarato

TIPO DOMANDA

- nuova domanda
- domanda presentata in precedenza
- inserimento avvenuto
- rinuncia temporanea
- rinuncia definitiva
- decesso

MOTIVO DELLA DOMANDA

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

FIGLI VIVENTI

maschi: n° .....

femmine: n° .....

ASSEGNO ACCOMPAGNAMENTO

- sì
- no (in lista d'attesa)
- no

INVALIDITA' .....%

PROVENIENZA OSPITE

- direttamente dal domicilio
- struttura psichiatrica
- struttura sanitaria accreditata
- struttura sanitaria non accreditata
- in dimissione da Istituto di riabilitazione
- in dimissione da altro regime di tipologia (CDI)
- dimesso da altra Struttura
- altro

PROFESSIONE PREVALENTE

---

PROFESSIONE ALL'INGRESSO

---

SITUAZIONE PENSIONISTICA

- nessuna pensione
- più pensioni
- anzianità/vecchiaia
- sociale
- tipologia speciale (guerra, infortunio)
- reversibilità
- invalidità

TITOLO DI STUDIO

- Scuola dell'obbligo
- Scuola media
- Scuola superiore
- Laurea

**DICHIARA** inoltre

<u>INIZIATIVA DELLA DOMANDA</u>	<u>TIPOLOGIA ASSISTENZA</u>
<input type="checkbox"/> il soggetto stesso <input type="checkbox"/> familiare o affine <input type="checkbox"/> assistente sociale <input type="checkbox"/> medico <input type="checkbox"/> tutore <input type="checkbox"/> altro	<input type="checkbox"/> ricovero ordinario <input type="checkbox"/> ricovero di sollievo <input type="checkbox"/> ricovero d'emergenza o pronto intervento

**CHIEDE**

di essere ammesso/a in

1.  R.S.A.      -  A LUNGO TERMINE       TEMPORANEO  
2.  C.D.I.

Si impegna a corrispondere la retta stabilita dal Consiglio di Amministrazione.  
Dichiara inoltre di aver ricevuto in copia e di aver attentamente letto i seguenti documenti:

- Carta dei Servizi in vigore
- Regolamento in vigore

Altre strutture d'interesse:

- 1) \_\_\_\_\_  
2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_ in fede \_\_\_\_\_

**PERSONA DI RIFERIMENTO** (pe aspetti economici e legali). In caso di mancanza di parenti da compilarsi da parte del Comune. Con la firma seguente la persona di riferimento (o il Comune) si impegna a rispondere personalmente al pagamento della retta giornaliera, in caso di impossibilità da parte dell'Ospite, in caso di ammissione dello stesso.

Cognome e Nome	Indirizzo	Telefono	Grado di parentela	Firma

**ALTRE PERSONE OBBLIGATE**

Cognome e Nome	Indirizzo	Telefono	Grado di parentela	Firma

**IN CASO DI INCAPACITÀ DELL'OSPITE LA POSTA VERRA' CONSEGNATA:**

Cognome e Nome	Indirizzo	Telefono	Grado di parentela	Firma

**Documenti da allegare alla domanda, debitamente compilati:**

- Scheda sanitaria
- Scheda sociale
- Scheda informativa
- Eventuale verbale invalidità
- Eventuale copia nomina amministratore di sostegno