

**DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO IN R.S.A.****SEZ. 1****DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE**

COGNOME E NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ (PROV. _____) DATA _____ M F

CODICE FISCALE _____

RESIDENTE A _____ (PROV. _____) IN VIA/PIAZZA _____ N° _____

TELEFONO/CELL. _____ E - MAIL _____

DOMICILIO IN _____ (_____)
CITTA' (DA INDICARSI SE DIVERSO DALLA RESIDENZA) PROVINCIA

VIA/PIAZZA _____ N° _____ TELEFONO/CELL. _____

EVENTUALE TUTORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:_____
COGNOME E NOME_____
TELEFONO_____
CITTA'_____
VIA/PIAZZA_____
N° CIVICO_____
ATTO N°

DEL

TRIBUNALE DI**PERSONA DI RIFERIMENTO**_____
COGNOME E NOME_____
DATA DI NASCITA_____
RESIDENTE A_____
PROV._____
IN VIA/PIAZZA_____
N._____
GRADO DI PARENTELA_____
E-MAIL_____
TELEFONO/CELL._____
ALTRI RECAPITI TELEFONICI**URGENZA DELLA DOMANDA:** ESTREMA ORDINARIA INSERIMENTO IN LISTA
D'ATTESA A SCOPO
PREVENTIVO

**MOTIVI DELLA DOMANDA DI RICOVERO:**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> STATO DI SALUTE | <input type="checkbox"/> SOLITUDINE |
| <input type="checkbox"/> PROBLEMI FAMILIARI | <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare):..... |
| <input type="checkbox"/> CONDIZIONI ABITATIVE | |
| <input type="checkbox"/> TRASFERIMENTO DA ALTRA UNITA' DI OFFERTA | <input type="checkbox"/> ALLOGGIO NON ADEGUATO |
| | <input type="checkbox"/> EVENTUALE SFRATTO |

SEZ. 2**DATI PERSONALI****IN MERITO ALLA DECISIONE DEL FUTURO RICOVERO, L'ANZIANO È:**

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> CONSENZIENTE | <input type="checkbox"/> INDIFFERENTE | <input type="checkbox"/> NON IN GRADO DI DECIDERE |
| <input type="checkbox"/> CONTRARIO | <input type="checkbox"/> NON INFORMATO | |

LA RICHIESTA È PER UN RICOVERO:

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TEMPORANEO | <input type="checkbox"/> DEFINITIVO |
|-------------------------------------|-------------------------------------|

STATO CIVILE:

- CELIBE / NUBILE
- CONIUGATO / A
- SEPARATO / A
- DIVORZIATO / A
- VEDOVO / A

PENSIONE TIPO :

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ANZIANITA' -VECCHIAIA | <input type="checkbox"/> REVERSIBILITÀ | <input type="checkbox"/> INVALIDITÀ SOCIALE |
| <input type="checkbox"/> ALTRO (indicare il tipo) | | <input type="checkbox"/> NESSUNA PENSIONE |

INVALIDITÀ CIVILE:

- | | | |
|-----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> IN CORSO | <input type="checkbox"/> RICONOSCIUTA, AL _____ % | <input type="checkbox"/> DOMANDA NON PRESENTATA |
|-----------------------------------|---|---|

INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> NON RICONOSCIUTA | <input type="checkbox"/> RICONOSCIUTA: (indicare il tipo) | <input type="checkbox"/> CIECO ASSOLUTO |
| <input type="checkbox"/> IN ATTESA | | <input type="checkbox"/> CIECO CON RESIDUO VISIVO |
| <input type="checkbox"/> DOMANDA NON PRESENTATA | | <input type="checkbox"/> INVALIDO 100% CON ACCOMPAGNAMENTO |
| | | <input type="checkbox"/> SORDOMUTO |

RICONOSCIMENTO L. 104 /92

- | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> IN CORSO | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> DOMANDA NON PRESENTATA |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|

**SEZ. 3 RETE SOCIALE E COINVOLGIMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI****ATTUALMENTE IL SOGGETTO PER CUI SI PRESENTA DOMANDA DI RICOVERO SI TROVA:**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> AL PROPRIO DOMICILIO | <input type="checkbox"/> PRESSO PROPRI FAMILIARI |
| <input type="checkbox"/> IN OSPEDALE (INDICARE QUALE).....
.....
REPARTO..... | <input type="checkbox"/> IN STRUTTURA RIABILITATIVA (INDICARE QUALE)
.....
REPARTO |
| <input type="checkbox"/> IN STRUTTURA PROTETTA (INDICARE QUALE)
..... | <input type="checkbox"/> DA QUANTO TEMPO |

SE RESIDENTE IN ABITAZIONE:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DI PROPRIETA' | <input type="checkbox"/> IN AFFITTO |
|--|-------------------------------------|

SITUAZIONE FAMILIARE:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> VIVE SOLO
DA QUANTO TEMPO?..... | <input type="checkbox"/> NON VIVE SOLO.....(CONIUGE, FIGLIO/A,
BADANTE, ALTRO) |
|---|---|

IL CONVIVENTE È:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> AUTOSUFFICIENTE | <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE
AUTOSUFFICIENTE | <input type="checkbox"/> NON AUTOSUFFICIENTE |
|--|--|--|

ELENCO DEI PRINCIPALI FAMIGLIARI O PARENTI

	COGNOME E NOME	ETA'	INDIRIZZO (Città, via, n°civico)	TELEFONO	CONVIVENTE?	
1					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4					<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

SERVIZI TERRITORIALI DI CUI USUFRUISCE:

SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE COMUNALE:	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)
<input type="checkbox"/> IGIENE PERSONALE <input type="checkbox"/> PULIZIA CASA <input type="checkbox"/> ASSISTENZA SOCIO-ECONOMICA <input type="checkbox"/> AIUTO PER LA SPESA <input type="checkbox"/> PASTO CALDO <input type="checkbox"/> TELESOCCORSO <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare): _____	<input type="checkbox"/> M.M.G. <input type="checkbox"/> INFERMIERE PROFESSIONALE <input type="checkbox"/> TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare): _____

ALTRI SERVIZI DI CUI USUFRUISCE:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> CENTRO PSICOSOCIALE | <input type="checkbox"/> CENTRO DIURNO ANZIANI | <input type="checkbox"/> CENTRO DIURNO INTEGRATO |
|--|--|--|

**USA I SEGUENTI AUSILI E/O PRESIDI A DOMICILIO:**

- CARROZZINA MATERASSO ANTIDECUBITO SOLLEVATORE
 ALTRO (specificare).....

SEZ. 4 Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003
--

Gentile Signore/a,

il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Desideriamo quindi informarla che ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali, (D.Lgs. 196/03), per poter accettare la presente domanda di ricovero e dar corso all'ammissione presso una R.S.A. è necessario che i soggetti gestori delle R.S.A. per le quali è presentata la domanda conoscano i dati personali del richiedente l'ammissione e i dati personali riguardanti i familiari o le persone a cui fare riferimento per la tutela dello stesso.

I dati personali e relativi allo stato di salute forniti o altrimenti acquisiti, nel rispetto delle vigenti disposizioni normative, inerenti, connessi e/o strumentali al procedimento di inserimento in R.S.A. formeranno oggetto di trattamento, con l'ausilio di mezzi elettronici, nel rispetto della normativa sopra richiamata, degli obblighi di riservatezza e del segreto professionale e d'ufficio.

La natura del conferimento dei dati non è obbligatoria; ricordiamo tuttavia che la procedura di accoglienza in R.S.A. non può prescindere dall'acquisizione di tutti i dati relativi al richiedente l'ammissione ritenuti utili.

Pertanto, in mancanza del conferimento di dati, la domanda di ammissione in R.S.A. non può essere accolta.

I dati acquisiti saranno comunicati all' ATS della Brianza e alla Regione Lombardia per l'assolvimento del debito informativo prescritto dalla normativa regionale.

Si precisa che Titolare del trattamento è Il Legale Rappresentante della RSA.

Si ricorda inoltre che Lei potrà in qualunque momento far valere diritti previsti dall'art. 7 d. lgs.196/2003.

D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali - Art. 7 - Diritto di accesso ai dati personali

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.

2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:

a) dell'origine dei dati personali;

b) delle finalità e modalità del trattamento;

c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;

d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;

e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3. L'interessato ha diritto di ottenere:

a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;

b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;

c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;

b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale



Dichiarazione di consenso

Il sottoscritto _____, in relazione alla presente domanda di ammissione in R.S.A. , e presa visione dell'informativa all'utenza sopra esposta, esprime il consenso al trattamento dei dati personali e relativi allo stato di salute relativi al richiedente il ricovero, per le finalità e con le modalità indicate nell'informativa stessa.

Data.....

In fede _____

LA RICHIESTA VIENE INOLTRATA:

- DIRETTAMENTE DALL'INTERESSATO
 DA UN PARENTE (specificare).....
 ALTRO (specificare).....

(NOME E COGNOME) _____ tel. _____

Il sottoscritto _____ dichiara che la domanda è stata redatta con il consenso dell'interessato e che, al fine di adempiere a tutte le procedure d'ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta. Si impegna altresì a comunicare alle RSA l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso, ecc)

Firma dell' interessato o del richiedente _____

Data _____

Parte riservata alla struttura
