



RICHIESTA DI AMMISSIONE numero _____

DATA di presentazione della RICHIESTA di AMMISSIONE ____/____/____

Nome..... **Cognome**..... **Sesso** **M** ☐ **F** ☐

Cognome Marito..... **eventuale soprannome**

Nato/a a **Prov.**..... **il** ____/____/____

Residente..... **Prov.**..... **Via**.....

Cittadinanza..... **ASL di residenza**

Scolarità: nessuna ☐ elementari ☐ medie inferiori ☐ medie superiori ☐ università ☐

Professione

Stato civile: ☐ **1** celibe/nubile ☐ **2** coniugato/a ☐ **3** separato/a ☐ **4** divorziato/a
☐ **5** vedovo/a ☐ **6** non dichiarato

Numero figli maschi: **Numero figlie femmine:**

Codice Fiscale **Tessera Sanitaria**.....

Tipo della domanda: ☐ **1** Nuova domanda ☐ **2** Domanda presentata in precedenza
☐ **3** Inserimento avvenuto ☐ **4** Rinuncia temporanea
☐ **5** Rinuncia definitiva ☐ **6** Decesso

Motivo della domanda: ☐ **0** Dato non rilevato ☐ **1** Ha perso l'autonomia fisica/psichica
☐ **2** La famiglia non è in grado di provvedere ☐ **3** Vive solo
☐ **4** L'alloggio è inadatto ☐ **9** Altro

Iniziativa della domanda: ☐ **0** Dato non rilevato ☐ **1** Soggetto stesso
☐ **2** Familiare o affine ☐ **3** Assistente sociale o altri servizi
☐ **4** Medico ☐ **5** Tutore ☐ **9** Altro

Tipologia Assistenziale: ☐ **1** Ricovero ordinario
☐ **2** ricovero di sollievo - motivo:
☐ **3** Ricovero di emergenza o pronto intervento

Soggetto con buono socio-sanitario: ☐ Dato non rilevato ☐ Si
☐ No in lista di attesa ☐ No

Soggetto con assegno di accompagnamento: ☐ Dato non rilevato ☐ Si
☐ No domanda presentata ☐ No

Soggetto in ADI: ☐ Dato non rilevato ☐ Si ☐ No

Provenienza Ospite: ☐ **1** Soggetto che accede direttamente alla struttura dal domicilio
☐ **3** Soggetto in dimissione da struttura psichiatrica
☐ **4** Soggetto in dimissione da struttura sanitaria (ospedaliera) accreditata
☐ **5** Soggetto in dimissione da struttura sanitaria (ospedaliera) non accreditata

- ☐ **6** Soggetto in dimissione da Istituto di riabilitazione
- ☐ **7** Soggetto in dimissione da altro regime o tipologia (Centro diurno integrato - ricovero a pagamento – ricovero di sollievo – emergenza o pronto intervento)
- ☐ **8** Soggetto in dimissione da altra struttura (Centro diurno integrato e ricovero a pagamento – ricovero di sollievo – emergenza o pronto intervento in altre RSA)
- ☐ **9** Altro.

Onere della retta: ☐ **1** SSR (a totale carico del Servizio Sanitario Regionale – dimessi da Ospedali Psichiatrici).

☐ **2** Differenza a carico del comune.

☐ **3** Differenza a carico dell'ospite.

☐ **4** Differenza sia a carico del comune che dell'ospite.

☐ **5** A totale carico dell'ospite.

☐ **6** Differenza a carico di altri Enti.

Persone/Parenti di riferimento:

Nome cognome grado di parentela	Cell.	Tel.
Nome cognome grado di parentela	Cell.	Tel.
Nome cognome grado di parentela	Cell.	Tel.

Informativa ex art. 10 Legge n° 675/96: I dati personali raccolti con questa scheda sono trattati al fine esclusivo della formulazione della lista di attesa e dell'iter di ingresso in struttura con modalità, anche automatizzate strettamente necessarie a tale scopo. Il conferimento dei dati è facoltativo: in mancanza tuttavia non potremo dar corso al servizio. Titolare del trattamento è il Direttore Amministrativo della Struttura cui la presente è rivolta, al quale potrà rivolgersi per esercitare i diritti di cui all'art. 13 (accesso, correzione, opposizione a specifici trattamenti, ecc.).

Per i dati necessari e sufficienti, è possibile, in taluni casi doveroso, che ne sia data comunicazione a:

- A.S.L., Assessorato regionale alla sanità, Assicurazioni ed enti previdenziali per ragioni amministrative;
- Organi preposti alla vigilanza in materia sanitaria, polizia giudiziaria, per ragioni ispettive o per la stesura di certificazioni e referti;
- Altre strutture sanitarie per la richiesta di particolari accertamenti ed analisi

Consenso: Letta l'informativa, consento espressamente al trattamento dei dati personali miei e/o del mio familiare per il quale la presente è formulata, per la gestione della domanda d'ingresso, e per le azioni connesse, come sopra specificato.

FIRMA
