



**FONDAZIONE  
ANGELO MAJ**

**DOMANDA DI AMMISSIONE PER LA  
RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA) -  
CENTRO DIURNO INTEGRATO (CDI)**

DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA \_\_\_\_\_

**R.S.A.**

**R.S.A. / sollievo**

**C.D.I**

Il/la sottoscritta \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione mendace, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000

**DICHIARA**

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

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

in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Tessera Sanitaria n. \_\_\_\_\_

- di essere seguito dai servizi territoriali

- di trovarsi nella condizione socio-sanitaria come da scheda sanitaria allegata:

Non autosufficiente parziale

Non autosufficiente totale

Alzheimer



**FONDAZIONE  
ANGELO MAJ**

**DOMANDA DI AMMISSIONE PER LA  
RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA) -  
CENTRO DIURNO INTEGRATO (CDI)**

**DICHIARA inoltre**

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° .....

TITOLO DI STUDIO

\_\_\_\_\_

PROFESSIONE SVOLTA IN PASSATO

\_\_\_\_\_

INIZIATIVA DELLA DOMANDA

- il soggetto stesso
- familiare o affine
- assistente sociale
- medico
- tutore
- altro

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

ASSEGNO ACCOMPAGNAMENTO

- sì
- in corso
- no

ASSISTENZA DOMICILIARE

- soggetto in voucher sociale - Comun. Montana
- soggetto in voucher socio sanitario- ADI
- buono socio sanitario

SITUAZIONE PENSIONISTICA

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

TIPOLOGIA ASSISTENZA

- ricovero ordinario
- ricovero di sollievo
- ricovero d'emergenza o pronto intervento

Nominativo medico di famiglia \_\_\_\_\_



**FONDAZIONE  
ANGELO MAJ**

**DOMANDA DI AMMISSIONE PER LA  
RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA) -  
CENTRO DIURNO INTEGRATO (CDI)**

### **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.

Dichiara inoltre di aver ricevuto in copia e di aver attentamente letto i seguenti documenti:

- Carta dei Servizi in vigore
- Informativa Privacy
- Informativa sull'amministratore di sostegno

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ In fede \_\_\_\_\_

PERSONA DI RIFERIMENTO (per 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 e Comune di residenza | Telefono | Grado di parentela | Firma |
|----------------|---------------------------------|----------|--------------------|-------|
|                |                                 |          |                    |       |

EMAIL PERSONA DI RIFERIMENTO: \_\_\_\_\_

### ALTRE PERSONE OBBLIGATE

| Cognome e Nome | Indirizzo e Comune di residenza | Telefono | Grado di parentela | Firma |
|----------------|---------------------------------|----------|--------------------|-------|
|                |                                 |          |                    |       |
|                |                                 |          |                    |       |
|                |                                 |          |                    |       |



**FONDAZIONE  
ANGELO MAJ**

**DOMANDA DI AMMISSIONE PER LA  
RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA) -  
CENTRO DIURNO INTEGRATO (CDI)**

IN CASO DI INCAPACITA' DELL'OSPITE LA POSTA VERRA' CONSEGNATA:

| Cognome e Nome | Indirizzo e Comune di residenza | Telefono | Grado di parentela | Firma |
|----------------|---------------------------------|----------|--------------------|-------|
|                |                                 |          |                    |       |

Altre Strutture d'interesse:

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

**DOCUMENTI da ALLEGARE alla DOMANDA, DEBITAMENTE COMPILATI:**

- scheda sanitaria
- copia tessera sanitaria e eventuali esenzioni
- copia verbale invalidità/accompagnamento
- consenso privacy firmato
- carta d'identità e tessera sanitaria