



**FONDAZIONE
ANGELO MAJ**

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

Rev: 03
Data:
01.11.2023

DATA DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA _____

- RSA ANGELO MAJ – DARFO BOARIO TERME**
 RSA LUCIA LORENZETTI – ARTOGNE
 CDI ANGELO MAJ – DARFO BOARIO TERME

Il/la sottoscritto/a _____

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

Altre RSA d'interesse a cui inoltrare la domanda:

1) _____

2) _____

3) _____



Fondazione Angelo Maj ONLUS - Via Galileo Galilei, 16 - 25041 Darfo Boario Terme (BS)
C.f.:81001070176 – P.I.:00723500989 - Tel 0364.533161 – Fax 0364.529070
E-mail: info@fondazioneangelomaj.it



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 e recapito medico di famiglia _____



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

Data, _____ Firma richiedente _____

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)**

Rev: 03
Data:
01.11.2023

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

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

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
- certificazione vaccino COVID-19

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO DELLA RSA

DATA	MOTIVAZIONE (nome di chi rifiuta l'ingresso)	FIRMA

