



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

- RSA ANGELO MAJ – DARFO BOARIO TERME (  stanza singola -  stanza singola in villa)  
 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 trovarsi nella condizione sociosanitaria come da scheda sanitaria allegata.

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

- Scheda sanitaria
- Copia verbale invalidità/accompagnamento
- Copia tessera sanitaria e eventuali esenzioni
- Consenso privacy, consenso informato firmati (sia dell'ospite che della persona di riferimento)
- Carta d'identità e tessera sanitaria
- Certificazione vaccini (Antinfluenzale – Antipneumocco – Anti COVID-19)

### Per i pazienti affetti da ALZHEIMER O DEMENZA DI TIPO MISTO (degenerativa più vascolare) CON DISTURBI COMPORTAMENTALI si richiede:

- Copia visita neurologica recente o eventuale dimissione ospedaliera in cui si attese la patologia

Altre RSA d'interesse a cui inoltrare la domanda:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**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 sociosanitario- ADI
- buono sociosanitario

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: 04  
Data:  
01.12.2024

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

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

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO DELLA RSA

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



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](mailto:info@fondazioneangelomaj.it)