



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 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 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 – Antipneumococco – 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 attesta la patologia

Altre RSA d'interesse a cui inoltrare la domanda:



Fondazione Angelo Maj "Ente già ONLUS ed in attesa di acquisizione della qualifica di Ente del Terzo Settore mediante iscrizione al RUNTS, ai sensi del D.Lgs. 117/2017 e del D.M. 106/2020"

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 inidoneo
- 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

Nominativo e recapito medico di famiglia _____

TIPOLOGIA ASSISTENZA

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





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: _____

ALTRÉ PERSONE OBBLIGATE

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





IN CASO DI INCAPACITA' DELL'OSPISTE 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

