



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 – 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: 05
Data:
01.04.2026

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

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