

**RICHIESTA DI AMMISSIONE numero \_\_\_\_\_**

**DATA di presentazione della RICHIESTA di AMMISSIONE** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Richiesta di ammissione in:** VILLA NONNA CARMELINA

**Nome**..... **Cognome**..... **Sesso** M  F

**Nato/a a** ..... **Prov**..... **il** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Residente**..... **Prov**..... **Via**.....

**Cittadinanza**..... **ASL di residenza** .....

**Scolarità:** nessuna  elementari  medie inferiori  medie superiori  università

**Professione** .....

**Stato civile:**  1 celibe/nubile  2 coniugato/a  3 separato/a  4 divorziato/a  
 5 vedovo/a  6 non dichiarato

**Numero figli maschi:** ..... **Numero figlie femmine:** .....

**Religione:** nessuna  professa la religione: cattolica  ebraica  musulmana   
protestante  testimone di Geova  altra .....

**Codice Fiscale** ..... **Tessera Sanitaria**.....

**Tipo della domanda:**  1 Nuova domanda  2 Domanda presentata in precedenza  
 3 Inserimento avvenuto  4 Rinuncia temporanea  
 5 Rinuncia definitiva  6 Decesso

**Motivo della domanda:**  0 Dato non rilevato  1 Ha perso l'autonomia fisica/psichica  
 2 La famiglia non è in grado di provvedere  3 Vive solo  
 4 L'alloggio è inadatto  9 Altro

**Iniziativa della domanda:**  0 Dato non rilevato  1 Soggetto stesso  
 2 Familiare o affine  3 Assistente sociale o altri servizi  
 4 Medico  5 Tutore  9 Altro

**Tipologia Assistenziale:**  1 Ricovero ordinario a tempo indeterminato  2 Ricovero ordinario a tempo  
determinato (di sollievo)  3 Ricovero di emergenza o pronto intervento

**Soggetto con buono socio-sanitario:**  Dato non rilevato  Si  
 No in lista di attesa  No

**Soggetto con assegno di accompagnamento:**  Dato non rilevato  Si  
 No domanda presentata  No

**Soggetto in ADI:**  Dato non rilevato  Si  No

- Provenienza Ospite:**
- 1** Soggetto che accede direttamente alla struttura dal domicilio
  - 2** Soggetto in dimissione da struttura psichiatrica
  - 3** Soggetto in dimissione da struttura sanitaria ospedaliera
  - 4** Soggetto in dimissione da Istituto di riabilitazione
  - 5** Soggetto in dimissione da altro regime o tipologia (Centro diurno integrato – ricovero a pagamento – ricovero di sollievo – emergenza o pronto intervento)
  - 6** Soggetto in dimissione da altra struttura (Centro diurno integrato e ricovero a pagamento – ricovero di sollievo – emergenza o pronto intervento in altre RSA)
  - 7** Altro \_\_\_\_\_

**Onere della retta:**

- 1** a carico del comune.
- 2** a carico dell'ospite.
- 3** Differenza sia a carico del comune che dell'ospite.
- 4** Differenza a carico di altri Enti \_\_\_\_\_

**Attuale residenza :** \_\_\_\_\_

**SPECIFICARE SE SI VUOLE AVERE LA RESIDENZA PRESSO LA STRUTTRA:** \_\_\_\_\_

**Persone/Parenti di riferimento:**

|  |       |      |
|--|-------|------|
| <b>Nome cognome grado di parentela</b> | Cell. | Tel. |
| <b>Nome cognome grado di parentela</b> | Cell. | Tel. |
| <b>Nome cognome grado di parentela</b> | Cell. | Tel. |
| <b>Nome cognome grado di parentela</b> | Cell. | Tel. |

**Informativa D.Lgs 196/03:** I dati personali raccolti con questa scheda sono trattati al fine esclusivo della formulazione della lista di attesa e dell'iter di ingresso in struttura con modalità, anche automatizzate strettamente necessarie a tale scopo. Il conferimento dei dati è facoltativo: in mancanza tuttavia non potremo dar corso al servizio. Titolare del trattamento è il Direttore Amministrativo della Struttura cui la presente è rivolta, al quale potrà rivolgersi per esercitare i diritti di cui accesso, correzione, opposizione a specifici trattamenti, ecc.

**Consenso:** Letta l'informativa, consento espressamente al trattamento dei dati personali miei e/o del mio familiare per il quale la presente è formulata, per la gestione della domanda d'ingresso, e per le azioni connesse, come sopra specificato.

FIRMA

\_\_\_\_\_