



RSA – San Luigi Gonzaga Gorla Minore – Via G. Garibaldi, 29 – 21055 Gorla Minore (VA)

Tel. 0331368111 – Fax 0331368150 – rsa.gonzaga@eukedos.it

DOMANDA DI AMMISSIONE

DATI ANAGRAFICI DELL'OSPITE

Cognome _____ Nome _____

Nata/o a _____ prov. _____ il _____

Residente a _____ prov. _____ c.a.p. _____

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____ Codice Assistito (Tessera Sanitaria) n° _____

Sesso

-
- Femmina
-
-
- Maschio

Numero Figli:

-
- Femmine n. _____
-
-
- Maschi n. _____

Cittadinanza: _____

Stato Civile:

-
- Celibe/Nubile
-
-
- Coniugato/a
-
-
- Separato/a
-
-
- Divorziato/a
-
-
- Vedovo/a

Religione: _____

Con chi vive: Coniuge Figlio Solo Altro _____

Professione pre-pensionamento: _____

Titolo di studio:

-
- Nessuno - Analfabeta
-
-
- Licenza Elementare
-
-
- Licenza Media Inferiore
-
-
- Scuola Professionale
-
-
- Diploma Scuola Superiore
-
-
- Laurea _____
-
-
- Altro _____

Situazione pensionistica:

-
- Nessuna pensione
-
-
- Anzianità/Vecchiaia
-
-
- Sociale
-
-
- Guerra/Infortunio sul lavoro, etc.
-
-
- Reversibilità
-
-
- Invalidità
-
- Accompagnamento Si
-
- No
-
- In attesa
-

Codice Esenzione (es. E01) _____

Attualmente ricoverato: SI NO presso _____

DATI GARANTE CHE SOTTOSCRIVERA' IL CONTRATTO: Amministratore di Sostegno

 Coniuge Figlio/a Parente _____ Altro _____

Cognome _____ Nome _____

Nata/o a _____ prov. _____ il _____

Residente a _____ prov. _____ c.a.p. _____

Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____ n. Carta di Identità _____

Tel. casa _____ Tel. ufficio _____

Cellulare _____ Altro recapito _____

E-mail: _____



RSA – San Luigi Gonzaga Gorla Minore – Via G. Garibaldi, 29 – 21055 Gorla Minore (VA)

Tel. 0331368111 – Fax 0331368150 – rsa.gonzaga@eukedos.it

IN CASO DI NECESSITÀ CONTATTARE ANCHE:Coniuge Figlio/a Parente _____ Altro _____

Cognome _____ Nome _____

Residente a _____ prov. _____ c.a.p. _____

via _____ n. _____

Telefono _____ Cellulare _____

Altro recapito _____ E-mail: _____

Coniuge Figlio/a Parente _____ Altro _____

Cognome _____ Nome _____

Residente a _____ prov. _____ c.a.p. _____

via _____ n. _____

Telefono _____ Cellulare _____

Altro recapito _____ E-mail: _____

Come si è venuto a conoscenza della RSA

Medico di Famiglia

Assistente Sociale

Altra RSA del Gruppo Edos

Internet

Pagine Gialle

Passaparola

Altro (specificare) _____

Specifico sotto mia responsabilità che la presente richiesta è da me firmata a nome e per conto del Sig./Sig.ra _____, che risulta al momento impossibilitato/a a firmare.

Dichiaro sin d'ora ai sensi della Legge Regionale n. 1/1986 – art. 10 che il Sig./Sig.ra _____ è consenziente alla presente richiesta di ammissione, formulata a seguito di Sua libera scelta e determinazione.

Il sottoscritto in base a quanto disposto dalla vigente Normativa e dal Regolamento U.E. n° 2016/679, dichiara di essere informato circa il trattamento dei propri dati personali, ed in particolare che:

- la finalità del trattamento è la valutazione per l'inserimento in RSA; i dati saranno trattati su supporti cartacei ed elettronici;
- il conferimento dei dati ha natura facoltativa, tuttavia la loro mancanza non consentirà di dare luogo alle attività di cui sopra;
- i dati raccolti verranno comunicati unicamente all'ATS ed esclusivamente per la finalità di rendicontazione;
- potranno essere esercitati i diritti di accesso ai propri dati, come previsto dalla vigente Normativa e dal Regolamento U.E. n° 2016/679
- Il titolare del trattamento è la R.S.A. sopra indicata.

Al fine di ottemperare tutte le procedure di ingresso presso la Vostra R.S.A. dichiaro, nel caso la presente Richiesta fosse favorevolmente accolta, di impegnarmi ora per allora ad accettare, senza eccezioni di sorta, il contenuto di Carta dei Servizi, del Regolamento Interno e del Contratto di ingresso.



RSA – San Luigi Gonzaga Gorla Minore – Via G. Garibaldi, 29 – 21055 Gorla Minore (VA)

Tel. 0331368111 – Fax 0331368150 – rsa.gonzaga@eukedos.it

TIPOLOGIA DI RICOVERO RICHIESTO:**RICOVERO DI LUNGODEGENZA:**

- CAMERA DOPPIA
 CAMERA SINGOLA

RICOVERO TEMPORANEO:

periodo indicativo dal / / al / /

- CAMERA DOPPIA degenza minima 1 mese

RICOVERO NUCLEO AUTORIZZATO:

- CAMERA DOPPIA

ALLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI INSERIMENTO IL GARANTE SI IMPEGNA INOLTRE A FORNIRE COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

- Carta di identità di Ospite e Garante
 Codice fiscale di Ospite e Garante
 Tessera Sanitaria (da consegnare in originale all'atto dell'ingresso)
 Cartellino esenzione Ticket e/o foglio Esenzione
 Fotocopia del verbale o della domanda di invalidità
 Eventuale documentazione medica precedente
 Questionario Medico (allegato alla documentazione di ammissione) da compilarsi a cura del Medico Curante o del Medico della struttura presso cui l'Ospite è attualmente ricoverato

LA DOMANDA DI INSERIMENTO NON SARA' TENUTA IN CONSIDERAZIONE SE RICONSEGNA PARZIALMENTE COMPILATA O MANCANTE DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

In fede
 IL RICHIEDENTE

Gorla Minore _____

SPAZIO RISERVATO ALLA STRUTTURA
Valutazione da parte del Responsabile Sanitario:Accettazione della domanda: SI NONote utili per l'inserimento dell'ospite o indicazione delle motivazioni di **NON** accettazione della domanda:

Data _____

Firma Responsabile Sanitario _____