VITTUONE S.r.l.

Residenza Sanitaria Assistenziale

Spazio riservato CDI

Attestazione ricevimento domanda (data e timbro di ricevuta RSA)		Identificativo utente (codice)	

DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO IN CDI

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ Prov. _____ Il _____

Residente a _____ Indirizzo _____

Cittadinanza _____ Tel. _____ Cellulare _____

In qualità di:

☐ Soggetto direttamente interessato
☐ Amministratore di sostegno
☐ Curatore
☐ Funzionario del Comune di .....
☐ Familiare di riferimento/garante/i
☐ Tutore
☐ Assistente familiare (badante)

CHIEDE IL RICOVERO PRESSO LA CDI _____ Comune _____

del Sig./Sig.ra _____

data di nascita ___/___/____ Luogo di nascita _____ Prov ____

residente a _____ Via/Piazza _____

stato civile: ☐ Celibe/Nubile ☐ Coniugato/a ☐ Separato/a ☐ Divorziato/a ☐ Vedovo/a

Cittadinanza _____

Codice fiscale _____ N° tessera Sanitaria _____

Elenco dei documenti da produrre in copia al momento della presentazione della domanda in CDI

1. documento di identità in corso di validità
2. codice fiscale
3. verbale di accertamento di invalidità o domanda di invalidità
4. tesserino esenzione ticket
5. tessera sanitaria
6. scheda informazioni sanitarie allegata
7. nomina amministratore di sostegno o tutore *(se del caso)*
8. certificato di residenza o autocertificazione con Atto sostitutivo di notorietà

**Al momento dell'ingresso in RSA l'Ente Gestore potrà richiedere ulteriore documentazione ritenuta necessaria*

Il sottoscritto dichiara che la domanda è stata redatta con il consenso dell'interessato/a e che, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta.

Si impegna inoltre a comunicare alla CDI l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso ecc.).
Dichiara di aver preso conoscenza e di accettare le procedure, le finalità e le condizioni che regolano le modalità di trattamento dei dati personali e sensibili*

Firma della persona o del richiedente ..... data __/__/____/

(*) Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs 196/03 (Codice Privacy) e dell'art. 10 L. 675/96 si informa che i dati forniti nella presente modulistica, compresi i dati idonei a rivelare lo stato di salute, sono strettamente connessi alla gestione della domanda di ammissione presso le strutture RSA dell'Azienda. Tali dati potranno essere oggetto di trattamento manuale e/o informatico che sarà effettuato esclusivamente da personale autorizzato dall'Azienda nel rispetto di quanto previsto dalla normativa in materia di tutela dei dati personali. Le precisiamo che il mancato consenso al trattamento di tali dati rende impossibile la gestione della presente domanda di ammissione. Ai sensi dell'art. 7 del Codice Privacy, Lei potrà in qualsiasi momento richiedere all'Azienda indicazioni in merito al trattamento dei Suoi dati personali e/o sensibili nonché esercitare i diritti ivi previsti. Il testo integrale dell'informativa è disponibile presso la Direzione dell'Azienda presso cui è presente il Responsabile al trattamento dei dati.
Letto e compreso quanto precede si presta consenso al trattamento dei dati personali e/o sensibili per la gestione della domanda di ammissione:

SI [ ] NO [ ]

Firma della persona o del richiedente ..... data __/__/____/

SCHEDA PERSONALE

Motivo per cui si richiede ingresso in C.D.I.
(barrare anche più risposte)

- ☐ Persona non autonoma
- ☐ Vive sola
- ☐ Alloggio non idoneo
- ☐ Difficoltà familiari
- ☐ Problematiche sanitarie
- ☐ Altro *(specificare)* .....

Urgenza del ricovero

- ☐ Estrema - Non differibile
- ☐ Ordinaria
- ☐ Inserimento cautelativo in lista di attesa a scopo preventivo

Tipologia di assistenza

- ☐ Ricovero definitivo
- ☐ Ricovero temporaneo/sollievo
- ☐ Pronto intervento

La persona interessata attualmente si trova presso:

- ☐ Abitazione ☐ propria ☐ di altri *(specificare)*_____
- ☐ Ospedale *(specificare)*_____
- ☐ Istituto di riabilitazione *(specificare)*_____
- ☐ RSA (Casa di riposo) *(specificare)*_____
- ☐ Struttura psichiatrica *(specificare)*_____
- ☐ Altra struttura *(specificare)*_____
- ☐ Altro *(specificare)*_____

Grado di istruzione_____Professione esercitata_____

Numero di Figli_____Maschi_____Femmine_____

Dati relativi alla situazione pensionistica dell'interessato:

☐ Nessuna pensione ☐ Anzianità/Vecchiaia (VO) ☐ Sociale (PS)
☐ Tipologia Speciale (guerra, infortunio sul lavoro, ecc.) ☐ Reversibilità (SO)
☐ Invalidità (IO)

L'interessato usufruisce attualmente di: *(barrare anche più risposte)*

☐ Invalidità civile ☐ SI (% .....Codice .....) ☐ NO ☐ In attesa
☐ Assegno di accompagnamento ☐ SI ☐ NO ☐ In attesa
☐ Di aver presentato domanda ed essere in attesa di visita
☐ Di essere stato sottoposto a visita in data.....e in attesa di esito
☐ Di aver presentato domanda di aggravamento
☐ Assistenza Domiciliare Sociale (SAD) ☐ SI ☐ NO
☐ Assistenza Domiciliare Socio Sanitaria (ADI) ☐ SI ☐ NO

ALTRE INFORMAZIONI

Autonomia nelle attività strumentali	Autonomo	Riceve aiuto	Non in grado
Uso del telefono	☐	☐	☐
Fare acquisti	☐	☐	☐
Cucinare	☐	☐	☐
Pulizia della casa	☐	☐	☐
Fare il bucato	☐	☐	☐
Spostarsi con i mezzi	☐	☐	☐
Assumere farmaci	☐	☐	☐
Maneggiare denaro	☐	☐	☐

L'anziano esce di casa? SI (☐ *solo* _ ☐ *accompagnato*) ☐ NO

Altre notizie utili al ricovero
Medico di medicina generale Nome Cognome .....
Tel: .....
Mail: .....
Il compilatore:

Cognome ..... Nome .....

Data ..... Firma.....

RISERVATO ALLA STRUTTURA . **Operatore che accoglie la richiesta** .....

NOTE: