

L'obiettivo del modulo è quello di fornire un quadro sintetico ma esaustivo dei dati e delle condizioni socio sanitarie della persona che chiede di essere accolta in RSA al fine di valutarne l'idoneità di inserimento. Tutta la modulistica deve essere compilata in maniera completa e leggibile.

**GENERALITÀ DELLA PERSONA CHE PRESENTA LA DOMANDA**

(COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DIRETTO INTERESSATO ALL'INSERIMENTO PRESSO LA RSA)

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

in qualità di  AdS  Tutore  Altro, specificare \_\_\_\_\_

CF \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via / Corso \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Altri familiari e persone di riferimento:

Cognome e nome	Grado di parentela	Recapito telefonico
1)		
2)		

**PER IL SIG./LA SIG.RA**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_ Genere:  M  F

Documento di identità n. \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Codice Assistito \_\_\_\_\_ Codice Esenzione \_\_\_\_\_

Medico curante (Nome e recapito telefonico) \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via / Corso \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Domicilio se diverso dalla residenza: \_\_\_\_\_

ATS di appartenenza \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Se cittadino extracomunitario:

Permesso di soggiorno  sì  no Scadenza \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**RICHIEDE INSERIMENTO PRESSO LA RSA**

Il sottoscritto, 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 RSA l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso, etc....)

Firma della persona o del richiedente \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO

- Condizioni abitative non idonee
- Vive solo/sola
- Perdita autonomia
- Quadro clinico compromesso
- Mantenimento/miglioramento capacità residue
- Rischio permanenza al domicilio
- Altro (ad es: problematiche sociofamiliari)

PROVENIENZA

- Domicilio
- Istituto di ricovero per acuti (ospedale)
- Struttura psichiatrica
- Istituto di riabilitazione
- Altra RSA
- Altro: \_\_\_\_\_

TIPOLOGIA DI RICOVERO

- Tempo determinato
- Lungodegenza

CONVENZIONE

- NO
- SI, con il seguente ente: \_\_\_\_\_

CONDIVISIONE DEL RICOVERO CON L'INTERESSATO

SI  NO, motivazione: \_\_\_\_\_  
note: \_\_\_\_\_

SITUAZIONE ABITATIVA

Con chi vive:

- Solo
- Coniuge
- Figli
- Altri parenti: \_\_\_\_\_
- Assistente familiare (ore/die) \_\_\_\_\_
- Altro: \_\_\_\_\_

TUTELA

- NO  SI:
  - Amministrazione di sostegno / Tutela
    - In corso
    - Numero decreto: \_\_\_\_\_
  - Altro: \_\_\_\_\_

Nome e Cognome referente della protezione giuridica (es. AdS, Curatore, Tutore, etc...):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Qualifica:

- Familiare: \_\_\_\_\_
- Altro (specificare qualifica; ad esempio: Funzionario del Comune, Avvocato nominato dal Tribunale, etc.)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Recapiti:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO (Legge 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento")

SI

NO

**SITUAZIONE FAMILIARE**

- Coniugato/a
- Divorziato/a
- Celibe/nubile
- Separato/a
- Vedovo/a
- Altro: \_\_\_\_\_
  
- Fratelli (N:     )
- Sorelle (N:     )
  
- Figli (N:     )

**SITUAZIONE ECONOMICA**

- Nessuna pensione
- Anzianità/vecchiaia
- Minima/sociale
- Guerra/infornio sul lavoro, etc
- Reversibilità
  
- In attesa di invalidità civile
- Invalidità
  - Codice: \_\_\_\_\_
  - Percentuale: \_\_\_\_\_%
  - Indennità accompagnamento
    - si  no  In attesa

**LIVELLO DI ISTRUZIONE / PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO / INTERESSI**

- Nessuna scolarità
- Licenza elementare
- Diploma medie inferiori
- Diploma medie superiore in \_\_\_\_\_
- Laurea in \_\_\_\_\_
- Altro: \_\_\_\_\_
- Professione pre pensionamento \_\_\_\_\_
- Interessi / hobby \_\_\_\_\_

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DELLA RSA

- Direttamente
- Servizio Sociale di:  Centri Sociali Territoriali  Ospedale
- Medico di Medicina Generale (medico curante)
- Medico specialista \_\_\_\_\_
- Passaparola
- Pubblicità
- Eventi/manifestazioni
- Internet
- Associazioni \_\_\_\_\_

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:

- CARTA DI IDENTITÀ/PERMESSO DI SOGGIORNO SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO, IN CORSO DI VALIDITÀ
- CERTIFICATO DI RESIDENZA O ATTO SOSTITUTIVO DI NOTORIETA' (AUTOCERTIFICAZIONE)
- TESSERA SANITARIA ATTIVATA
- EVENTUALI ESENZIONI
- VERBALE INVALIDITÀ
- ACCERTAMENTI CLINICO DIAGNOSTICI RECENTI (SOLO ULTIMI 6 MESI)

EVENTUALI NOTE/OSSERVAZIONI

---

---

---

---

Ai sensi del D.L.gs.196/ 2003 e del Reg. UE 679/2016 si informa che i dati indicati saranno utilizzati esclusivamente al fine di comunicazione/informazione per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo, come regolamentato nella relativa informativa della Strutturaricevente.

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

FIRMA DEL RICHIEDENTE:

---

NOTE:

.....

.....

.....

.....

.....

.....