Alla Direzione della Residenza Sanitaria Assistenziale
Fondazione Casa di Riposo di Asola O.N.L.U.S.
Via Parma N°14 46041 Asola (MN)
Telefono: 0376/720270
Info.cdr@asola.org

RICHIESTA DI AMMISSIONE IN RSA
DATA di presentazione della RICHIESTA DI AMMISSIONE …….

Nome …….. Cognome …… Sesso M ☐ F ☐

Nato/a a ……. Il ……

Codice fiscale …… Tessera sanitaria ……

RESIDENZA VIA …….. N. …. – Comune ……. Provincia (..….)

Cittadinanza ……. ATS di residenza ….....

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

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

Vaccinazione SARS-CoV-2: ☐ 1° dose; data …… ☐ 2° dose; data …….. ☐ 3° dose; data ……..
☐ 4° dose; data …… ☐ nessuna

Numero figli maschi: …... Numero figlie femmine: …..

Professione: ……..

PENSIONI: ☐ Nessuna ☐ Anzianità/vecchiaia ☐ Sociale ☐ Reversibilità ☐ Invalidità ☐ Reduci guerra
☐ INAIL ☐ Invalidità speciale ciechi civili

Soggetto con assegno di accompagnamento: ☐ Dato non rilevato ☐ Si Invalidità …… (percentuale)
☐ No, domanda presentata ☐ No

Tipo della domanda: ☐ 1 Nuova domanda ☐ 2 Domanda presentata in precedenza

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 inidoneo ☐ Altro

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

Soggetto con buono socio-sanitario: ☐ Dato non rilevato ☐ Si ☐ No in lista di attesa ☐ 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) accreditata
☐ 4 Soggetto in dimissione da struttura sanitaria (ospedaliera) non accreditata
☐ 5 Soggetto in dimissione da Istituto di riabilitazione
☐ 6 Soggetto in dimissione da altro regime o tipologia (Centro diurno integrato, ricovero a pagamento, ricovero di sollievo, emergenza o pronto intervento)
☐ 7 Soggetto in dimissione da altra struttura (Centro diurno integrato e ricovero pagamento, ricovero di sollievo, emergenza o pronto intervento in altre RSA)
☐ 8 Altro.

Onere della retta: ☐ 1 SSR (a totale carico del Servizio Sanitario Regionale – dimessi da Ospedali Psichiatrici).
☐ 2 Differenza a carico del comune.
☐ 3 Differenza a carico dell'ospite.
☐ 4 Differenza sia a carico del comune che dell'ospite.
☐ 5 A totale carico dell'ospite.
☐ 6 Differenza a carico di altri Enti.

Persone/Parenti di riferimento:

Cognome e nome	Grado di parentela	Telefono	Mail

INFORMATIVA e CONSENSO sul trattamento dei dati PER DOMANDA RICOVERO

La informiamo, ai sensi dell'art. 13 del **Reg.UE 679/16 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati,** che per poter accettare la domanda di ricovero e dar corso all'assistenza, questa amministrazione necessita di conoscere i dati personali e sulla salute del ricoverato ed anche i dati personali riguardante i famigliari o persone cui fare riferimento per la tutela dell'interessato al ricovero.
I dati personali da Lei forniti a questo ente, ovvero altrimenti acquisiti dal medesimo nel rispetto delle disposizioni legislative vigenti, inerenti, connessi e/o strumentali ai servizi assistenziali/sanitari offerti, formeranno oggetto di trattamento, con l'ausilio di mezzi elettronici, nel rispetto della normativa sopra richiamata, degli obblighi di riservatezza e del segreto professionale e d'ufficio.
La natura del conferimento dei dati non è obbligatoria, ma ricordiamo che l'ente non può prescindere, nell'espletamento dei suoi compiti di tutela sanitaria e nell'esecuzione delle procedure amministrative, dall'acquisire direttamente da Lei o tramite altra documentazione medica in Suo possesso o tramite accertamenti o visite, tutti i dati relativi alla persona del ricoverato, ritenuti utili ai fini clinici. **In mancanza del conferimento di dati, l'ente non può accogliere la richiesta di prestazione dei servizi**.
I dati saranno **comunicati** a tutto il personale incaricato, ed all'esterno dell'ente, nei limiti delle finalità sopra indicate. Non è prevista comunicazione dei dati verso paesi extra-UE.
Lei potrà esercitare i suoi diritti e chiedere informazioni aggiuntive rivolgendosi al **Titolare del Trattamento Fondazione Casa di Riposo di Asola O.N.L.U.S.**, , oppure al Responsabile della Protezione dei dati della struttura rivolgendosi agli usuali recapiti.

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. I numeri di cellulare ed i recapiti e-mail sono espressamente autorizzati come strumenti di contatto con liberatoria per il Titolare dei dati da ogni responsabilità in ordine alla sicurezza dello strumento di contatto in tema di privacy.

FIRMA

NOME E COGNOME _____

NOME E COGNOME _____

Allegato:
- Copia dei documenti d'identità
- Scheda sanitaria compilata