

Se sì, indicare dove e il periodo

Motivi dell'eventuale dimissione da altra RSA

Indicare il nome e il recapito telefonico del Medico di Assistenza Primaria

Sono parte integrante della presente domanda:

1. la scheda sociale (All. A)
2. la scheda sanitaria (All. B)
3. eventuale verbale di riconoscimento dell'invalidità civile.
4. Copia C.I. e C. F. dell'interessato
5. Copia C.I. e C. F. del/dei firmatario/i del contratto
6. Copia eventuali esenzioni dell'interessato
7. Per persone affette da Alzheimer o altre demenze correlate a gravi turbe del comportamento è necessario produrre certificato rilasciato da Enti preposti (UVA, CRA) attestante le patologie suddette.
8. Certificati vaccinali/ Green pass COVID

Ai sensi del D.P.R. nr.445/00 le dichiarazioni mendaci contenute nella presente saranno perseguibili in base alla normativa vigente.

Addì,.....

Firma dell'interessato

N.B.: per i casi in cui l'interessato non sia in grado di sottoscrivere la presente domanda di ammissione (art.24 D.lgs 196/2003) si richiede al compilatore di integrare di seguito:

Cognome e nome del compilatore della domanda

Firma

Informativa ai sensi del D.lgs. 196/2003

I dati da lei forniti, anche di natura sensibile, saranno trattati, sia a livello cartaceo che informatico, al solo fine di gestire la lista d'attesa per l'ingresso come ospite nella Rsa, il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto comporta la mancata possibilità di inserimento in lista d'attesa. I dati potranno essere comunicati a terze parti solo per le finalità indicate in precedenza e comunque secondo quanto previsto dai limiti di legge. Il titolare del trattamento è la RSA "Fondazione San Giuseppe" e il nome del responsabile è reperibile presso la segreteria. In ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.lgs 196/2003.

Autorizzo al trattamento dei dati personali e sensibili secondo quanto sopra descritto.

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

Firma

<p>Area riservata alla RSA</p> <p>Classe SOSIA: _____</p> <p>Percentuale di invalidità: _____</p> <p>Indennità di accompagnamento Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p><i>Data,</i></p>
--