Istituto Minime Suore del Sacro Cuore
Lungolago Matteotti , 17 22018 PORLEZZA (CO) Tel.0344-61147 FAX 0344-72120
✉ *lina.erba@minimessc.it* AMM 024

RESIDENZIALITA' ASSISTITA

Protezione sociale e socio-sanitaria con caratteristiche alberghiere
DGR 3239/2012

DOMANDA DI ACCOGLIENZA

AMM 024 DOMANDA_accoglienza_Residenzialita_Assistita 20-10-2026

Cognome ..... **Nome** ..... **Nazionalità** .....

M ☐ F☐ Stato Civile ..... ATS Residenza.....

Nato il : _ _ / _ _ / _ _ _ _ a ..... Provincia .....

Codice Fiscale _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Comune di residenza .....

Residenza : Via/Piazza ..... Nr°..... Tel. .....

Cellulare ..... e-mail .....

Al momento della domanda la persona Interessata si trova a Domicilio: **SI**☐ **NO** ☐ Abita con: .....

Accertamento Invalidità civile: In corso☐ Accertata di grado .....% Domanda non presentata☐ Ric L.104 : **SI** ☐ **NO**☐

Tessera Sanitaria n°_____ **Scadenza** _ _ / _ _ _ / _ _ _

Persona di riferimento	Parentela	Indirizzo	Telefono
Medico Curante :			
A.d.S.			

Note :

	ATTUALMENTE		AUTONOMIA		
	Si trova al proprio domicilio da solo/a		Mangia da solo/a		con aiuto
	Si trova al proprio domicilio con altri		Si veste da solo/a		con aiuto
	E' assistito/a di giorno		Si lava da solo/a		con aiuto
	E' assistito/a di notte		Usa il bagno da solo/a		con aiuto
	Abita presso familiari o conoscenti		Cammina da solo/a		con aiuto
	E' ricoverato/a in Ospedale o Istituto		Cammina con ausili		Usa la carrozzina
			Fumatore		

INDICHI SE DURANTE IL PERIODO DI OSPITALITA' NECESSITA DI :

Assistenza nell'igiene personale (bagno o doccia)
Prestazioni infermieristiche
Attività fisioterapiche
Percorsi di sostegno all'autonomia

INTERESSI PERSONALI

Se lo desidera può indicare quali interessi personali vorrebbe mantenere durante il periodo di ospitalità (ad esempio: lettura, pittura, musica, attività manuali, orto-giardino, passeggiate, ...)

.....

Istituto Minime Suore del Sacro Cuore
Lungolago Matteotti , 17 22018 PORLEZZA (CO) Tel.0344-61147 FAX 0344-72120
✉ *lina.erba@minimessc.it* AMM 024

.....

DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

Obiettivo principale di questo PROGETTO DI OSPITALITA' TEMPORANEA è la promozione di un servizio a favore di persone anziane o con disabilità fisica, in assenza di disturbi del comportamento, che vivono in condizioni di discreta o ridotta autonomia. La residenza offre accoglienza per trascorrere un periodo di soggiorno in località climatica, favorendo la continuità delle cure già effettuate al proprio domicilio.

La retta giornaliera ed i servizi offerti sono descritti nella **CARTA DEI SERVIZI** ed allegati, di cui vi invitiamo a prendere visione.

Periodo previsto di permanenza : dal giorno _ _ / _ _ / _ _ _ _ al giorno _ _ / _ _ / _ _ _ _

Data _ _ / _ _ / _ _ _ _ Firma .....

Consenso informato al trattamento dei dati

Il Regolamento UE 2016/679 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la legge indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza liceità e trasparenza e tutelando la Sua riservatezza e i suoi diritti
Ai sensi degli art. 12, 13 e 14 della norma predetta, Le comunichiamo che i dati saranno trattati al solo scopo di valutare le sue condizioni attuali in funzione dell'ammissione in questa RSA o in altre RSA provinciali a cui dovesse fare domanda di ammissione e hanno natura obbligatoria. Gli stessi dati potranno essere forniti alla Regione Lombardia o alla ATS INSUBRIA Via Roma,4 - 21053 Castellanza (VA) per gli obblighi di legge. Per far valere i suoi diritti così come previsto dall'Art. 7-8-9 della Legge n° 19612003 potrà rivolgersi alla Regione, alla ATS INSUBRIA o alle R S A da Lei prescelte
Il sottoscritto/a, acquisite le Informazioni dl cui art. 12, 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, acconsente al trattamento del propri dati personali da parte delle RSA accreditate nell'ambito territoriale della ATS INSUBRIA, dichiarando di aver avuto, in particolare, conoscenza che alcuni dei dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" della norma citata, vale a dire i dati "idonei a rilevare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rilevare lo stato di salute e la vita sessuale".

Ribadisco esplicitamente tutti gli impegni e i consensi espressi in ogni parte di questo modulo

Il richiedente

Data _ _ / _ _ / _ _ _ _ Firma .....

Documenti da allegare alla domanda:

Domanda di inserimento nella unità di offerta COMPILATO e FIRMATO (originale)	QUESTIONARIO SANITARIO di VALUTAZIONE DEL MEDICO CURANTE (COMPILATO e FIRMATO (originale)
Carta identità ospite (copia)	Fidejussione a prima richiesta (per 3 mesi, durata 5 anni) da consegnare 1 mese prima dell'ingesso
Codice fiscale (copia)	Dati anagrafici richiedenti il ricovero
Tessera sanitaria (copia)	Questionario situazione finanziaria
Scheda aggiuntiva DATI ANAGRAFICI COMPILATO e FIRMATO (originale)	Nomina : Tutore, Amministratore di sostegno (copia)
INFORMATIVA E MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMPILATO e FIRMATO (originale)	Esenzioni (copia)
Invalidità (copia)	