

Prot.:	
Data	
Cod.: Q29	Rev.: 00

Al Signor **PRESIDENTE**
dell'**OSPEDALE CIVILE**
12061 CARRU'

OGGETTO: Richiesta di ammissione nella Residenza Socio-Sanitaria Assistenziale Alberghiera

I sottoscritti:

- *Ospite* -

1) sig. _____ nato/a a _____ il
_____ residente a _____ in Via _____ n. ____
stato civile _____ (tel. _____)

- *Garanti* -

2) sig. _____ nato/a a _____ il
_____ residente a _____ in Via _____ n. ____
Parentela con l'Ospite _____ (tel. _____)(cel. _____)

3) sig. _____ nato/a a _____ il
_____ residente a _____ in Via _____ n. ____
Parentela con l'Ospite _____ (tel. _____)(cel. _____)

CHIEDONO

Che il Sig. _____, sopra generalizzato al **punto 1)**, sia ammesso quale ospite presso la **Residenza Socio Assistenziale per anziani** nel nucleo per **autosufficienti R.A.A. autosufficienti R.A. non autosufficienti R.S.A.** al fine di fruire dei servizi dalla medesima resi.

DICHIARANO

1. Di aver preso conoscenza della Carta dei Servizi e del Regolamento di Gestione del Nucleo sopra indicato e di accettare i servizi descritti nella documentazione suddetta apponendo consapevolmente la propria firma in calce alla presente;
2. Che l'Ospite si trova nelle condizioni soggettive e psico-fisiche richieste per l'ingresso nel Nucleo sopra indicato. In proposito essi dichiarano, inoltre, di avere piena conoscenza del fatto che l'insorgere di nuove problematiche psico-fisiche che non dovessero più consentire l'assistenza all'Utente da parte dell'Ospedale Civile nel Nucleo richiesto, comporterà la rivalutazione ed eventuale spostamento nel Nucleo più idoneo o risoluzione della presente domanda di ingresso;
3. Di accettare tutte le norme regolamentari interne, vigenti o che entreranno in vigore, nonché le consuetudini praticate;
4. Di essere a conoscenza che la presente richiesta di ammissione non vincola il richiedente ad un'accettazione obbligatoria di ingresso nel momento della chiamata e, allo stesso modo, non corrisponde ad un automatico diritto.
5. Di conoscere il contenuto della Legge sulla Privacy e di accettare ed acconsentire, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, il trattamento dei propri dati personali a seguito del loro utilizzo per le necessità inerenti alla presente domanda.

Si allegano:

- Copia fotostatica della Carta di Identità e del codice fiscale in corso di validità (di tutti i sottoscrittori);
- Copia fotostatica della tessera sanitaria ed eventuali esenzioni sanitarie;
- Certificazione medica attestante le condizioni sanitarie (o verbale Unità Valutativa Geriatrica dell'A.S.L.);
- Documentazione attestante Invalidità quando presente;
- Eventuale relazione del Servizio Socio assistenziale se interessato;
- Altra documentazione _____

NOMINATIVO DEL SOGGETTO DA CONTATTARE IN CASO DI NECESSITA'
SEGUENDO L'ORDINE PROGRESSIVO DELL' ELENCO

1^ Cognome e nome _____ nato a _____
il _____ residente in _____ Via _____
telef. _____ cellulare _____

2^ Cognome e nome _____ nato a _____
il _____ residente in _____ Via _____
telef. _____ cellulare _____

3^ Cognome e nome _____ nato a _____
il _____ residente in _____ Via _____
telef. _____ cellulare _____

4^ Cognome e nome _____ nato a _____
il _____ residente in _____ Via _____
telef. _____ cellulare _____

5^ Cognome e nome _____ nato a _____
il _____ residente in _____ Via _____
telef. _____ cellulare _____

Carrù, addì _____.

I Richiedenti

Ospite _____

Terzi obbligati in solido _____

Terzi obbligati in solido _____

Per presa visione il Presidente _____

OSSERVAZIONI ED ANNOTAZIONI DELL'ENTE:

- RICHIEDENTE CONTATTATO A MEZZO _____ IL _____

RISULTATO: _____ FIRMA _____

- ENTRATO IN STRUTTURA IL _____ SISTEMAZIONE _____ FIRMA _____

- DOMANDA ARCHIVIATA IL _____ DA _____

MOTIVAZIONE _____

DATA _____ FIRMA _____