

DATI OSPITE:

Cognome Nome
Nata/o a prov. il
Residente a prov. c.a.p.
via n.
Codice Fiscale Codice Assistito

Sesso: Femmina
 Maschio

Stato Civile:
 Celibe/Nubile
 Coniugato/a
 Separato/a
 Divorziato/a
 Vedovo/a

Numero Figli: Femmine n.
 Maschi n.

Religione:

Cittadinanza:

Professione pre-pensionamento:

Titolo di studio:
 Nessuno - Analfabeta
 Licenza Elementare
 Licenza Media Inferiore
 Scuola Professionale
 Diploma Scuola Superiore
 Laurea
 Altro

Situazione pensionistica:
 Nessuna pensione
 Anzianità/Vecchiaia
 Sociale
 Guerra/Infortunio sul lavoro, etc.
 Reversibilità
 Invalidità
Accompagnamento Si No In attesa

Attualmente ricoverato: SI NO presso

DATI GARANTE CHE SOTTOSCRIVERA' IL CONTRATTO:

Coniuge Figlio/a Parente Altro
Cognome Nome
Nata/o a prov. il
Residente a prov. c.a.p.
via n.
Codice Fiscale n. Carta di Identità
Tel. casa Tel. ufficio
Cellulare Altro recapito
E-mail:

INTESTAZIONE FATTURA: Ospite Garante

IN CASO DI NECESSITÀ CONTATTARE ANCHE:

Coniuge Figlio/a Parente Altro

Cognome Nome

Residente a prov. c.a.p.

via n.

Telefono Cellulare

Altro recapito E-mail:

Coniuge Figlio/a Parente Altro

Cognome Nome

Residente a prov. c.a.p.

via n.

Telefono Cellulare

Altro recapito E-mail:

Specifico sotto mia responsabilità che la presente richiesta è da me firmata a nome e per conto del Sig./Sig.ra _____, che risulta al momento impossibilitato/a a firmare.

Dichiaro sin d'ora ai sensi della Legge Regionale n. 1/1986 – art. 10 che il Sig./Sig.ra _____ è consenziente alla presente richiesta di ammissione, formulata a seguito di Sua libera scelta e determinazione.

Dichiaro di assumermi ogni responsabilità in merito alla veridicità dei dati contenuti nella presente richiesta ed autorizzo la raccolta, la trasmissione e l'archiviazione dei dati personali all'interno della rete degli Enti Competenti per legge in materia di servizi socio-sanitario-assistenziali nel rispetto del diritto alla riservatezza, in conformità a quanto previsto dalla legge 196/2003.

Al fine di ottemperare tutte le procedure di ingresso presso la Vostra R.S.A. del/della Sig./Sig.ra _____ dichiaro, nel caso la presente Richiesta fosse favorevolmente accolta, di impegnarmi ora per allora ad accettare, senza eccezioni di sorta, il contenuto di Carta dei Servizi e Regolamento Interno, dei quali ho preso conoscenza contestualmente alla presente.

TIPOLOGIA DI RICOVERO RICHIESTO:

CAMERA SINGOLA €. 123,00

CAMERA DOPPIA €. 87,60

NUCLEO PROTETTO €. 93,00

RICOVERI TEMPORANEI €. 97,80 periodo indicativo dal _____ al

Documento redatto per uso di SEGESTA - Sono proibite la riproduzione e/o la cessione a terzi, nonché l'utilizzo o la copia anche parziale

M-contr-sac-03-domandainserimento-rev2-gen10

Si desidera usufruire del Servizio Lavanderia al costo di € 100,00 (cento/00)+IVA al mese? SI NO

Motivo della domanda: Ha perso autonomia psichica/fisica
 Famiglia non è in grado di provvedere
 Vive solo
 L'alloggio non è idoneo

Iniziativa domanda: Soggetto stesso
 Familiare o affine
 Ente o altri servizi
specificare quali _____

Come si è venuti a conoscenza dell' RSA Residenze Saccardo
 Medico di Famiglia
 Assistente Sociale
 Altra RSA del Gruppo Segesta
 Internet
 Pagine Gialle
 Passa Parola
 Altro
(specificare) _____

ALLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI INSERIMENTO IL GARANTE SI IMPEGNA INOLTRE A FORNIRE COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE DELL'OSPITE:

- Carta di identità
- Codice fiscale
- Tessera Sanitaria
- Cartellino esenzione Ticket
- Eventuale documentazione medica precedente
- Fascicolo Sanitario (inserito nella cartellina), da compilarsi a cura del Medico Curante o del Medico della struttura presso cui l'Ospite è attualmente ricoverato
- Certificato medico attestante l'assenza di malattie infettive tali da compromettere la vita di comunità

LA DOMANDA DI INSERIMENTO NON SARA' TENUTA IN CONSIDERAZIONE SE RICONSEGNA PARZIALMENTE COMPILATA O MANCANTE DELLA DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Milano, _____

In fede
IL RICHIEDENTE

SPAZIO RISERVATO ALLA STRUTTURA

Domanda Ritirata il _____ DA (nome e cognome) _____

Domanda Accettata il _____ DA (firma UC/DIR) _____

Domanda Accettata il _____ DA (firma MEDICO) _____

Documento redatto per uso di SEGESTA - Sono proibite la riproduzione e/o la cessione a terzi, nonché l'utilizzo o la copia anche parziale

M-contr-sac-03-domandainserimento-rev2-gen10