



RICHIESTA DI AMMISSIONE numero _____

RICOVERO A TEMPO INDETERMINATO

RICOVERO A TEMPO DETERMINATO

DATA di presentazione della RICHIESTA di AMMISSIONE _____ / _____ / _____

Nome _____ Cognome _____ Sesso M F

Cognome Marito _____ Tutore / A.D.S. (se esiste) _____

Nato/a a _____ Prov _____ il _____ / _____ / _____

Residente _____ Prov. _____ Via _____

Cittadinanza _____ ATS di residenza _____

Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria _____

Scolarità: nessuna elementari medie inferiori medie superiori università

Professione _____

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

Numero figli maschi: _____ Numero figlie femmine: _____

Tipo della domanda: 1 Nuova domanda 2 Domanda presentata in precedenza
 3 Inserimento avvenuto 4 Rinuncia temporanea
 5 Rinuncia definitiva 6 Decesso

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 5 Altro

Iniziativa della domanda: 0 Dato non rilevato 1 Soggetto stesso
 2 Familiare o affine 3 Assistente sociale o altri servizi
 4 Medico 5 Tutore 6 Altro

Tipologia Assistenziale: 1 Ricovero ordinario 2 ricovero di sollievo
 3 Ricovero di emergenza o pronto intervento

Disponibilità anche per posto letto Solvente in Proprio: SI NO

Disponibilità anche per posto letto Accreditato e a contratto: SI NO

Soggetto con buono socio-sanitario: Dato non rilevato Si
 No in lista di attesa No



Via Gino Avigni, 38 - 46017 Rivarolo Mantovano (MN)
P.IVA - 01572860201 - Cod. Fisc. - 80005670205

Soggetto con assegno di accompagnamento: Dato non rilevato Si
 No domanda presentata No

Soggetto in ADI: Dato non rilevato Si No

Usufruisce di Voucher socio-sanitario: 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 a pagamento – ricovero di sollievo – emergenza o pronto intervento in altre RSA)
 8 Altro.

Nome e ubicazione struttura di provenienza: _____

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.

Situazione pensionistica:

<input type="checkbox"/> Nessuna pensione	<input type="checkbox"/> Anzianità / Vecchiaia
<input type="checkbox"/> Sociale	<input type="checkbox"/> Tipologia speciale (guerra ...)
<input type="checkbox"/> Reversibilità	<input type="checkbox"/> Invalidità
<input type="checkbox"/> Altro: _____	

Vaccinazione Covid-19: Eseguita (n. ___ dose/i) Non eseguita

FIRMA

In caso di ritardati o non avvenuti pagamenti della retta, la Fondazione potrà dimettere l’ospite, curando che ciò avvenga in condizioni di sicurezza e che lo stesso venga accompagnato presso il domicilio del soggetto che firmerà il contratto di ingresso.

FIRMA



Persone/Parenti di riferimento:

Nome cognome grado di parentela Indirizzo	Cell.	Tel.
	E-Mail: _____	
Nome cognome grado di parentela	Cell.	Tel.
Nome cognome grado di parentela	Cell.	Tel.

Informativa art. 13 Reg. UE 16/679: I dati personali raccolti con questa scheda sono trattati al fine esclusivo della formulazione della lista di attesa e dell'iter di ingresso in struttura con modalità, anche automatizzate strettamente necessarie a tale scopo. Il conferimento dei dati è facoltativo: in mancanza tuttavia non potremo dar corso al servizio. Titolare del trattamento è la Fondazione “Tosi/Cippelletti di Rivarolo Mantovano” Onlus, in persona del suo Legale Rappresentante, mentre il Responsabile protezione dati è stato formalmente nominato e risponde al seguente contatto mail: dpo@fondazionetosicippelletti.com, al quale potrà rivolgersi per esercitare i diritti di cui all'art. 15 e ss. (accesso, correzione, opposizione a specifici trattamenti, ecc.).

Per i dati necessari e sufficienti, è possibile, in taluni casi doveroso, che ne sia data comunicazione a:

- ATS, Assessorato regionale alla sanità, Assicurazioni ed enti previdenziali per ragioni amministrative;
- Organi preposti alla vigilanza in materia sanitaria, polizia giudiziaria, per ragioni ispettive o per la stesura di certificazioni e referti;
- Altre strutture sanitarie per la richiesta di particolari accertamenti ed analisi

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. Dichiaro sotto la mia responsabilità che le persone terze di cui ho indicato i dati di recapito ugualmente acconsentono.

FIRMA

ALLEGATI:

- Scheda clinica informativa.