

Alla Direzione della
Fondazione Ignazio Guarini - onlus

RICHIESTA DI INSERIMENTO numero _____

DATA di presentazione della RICHIESTA di INSERIMENTO ____/____/____

Cognome Nome..... Sesso M F

Nato/a a Prov il ____/____/____

Residente Prov Via

Cittadinanza..... ASL di residenza

Stato civile: celibe/nubile coniugato/a separato/a divorziato/a
 vedovo/a non dichiarato

Codice Fiscale Tessera Sanitaria.....

Tipo della domanda: Nuova domanda Domanda presentata in precedenza

Motivo della domanda: Ha perso l'autonomia fisica/psichica

La famiglia non è in grado di provvedere Vive solo

L'alloggio non è idoneo Altro

Iniziativa della domanda: Soggetto stesso Familiare o affine Assistente sociale o altri servizi

Medico Tutore Altro

Tipologia Assistenziale: R. S. A. CENTRO DIURNO per persone non autosufficienti

Soggetto con ticket socio-sanitario (soggetto accreditato): Dato non rilevato Si No

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

Soggetto con assegno di invalidità: Dato non rilevato Si percentuale ____% No

- Provenienza Ospite:** Soggetto che accede direttamente alla struttura dal domicilio
- Soggetto in dimissione da struttura psichiatrica
- Soggetto in dimissione da struttura sanitaria (ospedaliera) accreditata non accreditata
- Soggetto in dimissione da struttura di riabilitazione
- Soggetto in dimissione da altro regime o tipologia (Centro diurno integrato – ricovero a pagamento – ricovero di sollievo – emergenza o pronto intervento)
- Soggetto in dimissione da altra struttura (Centro diurno integrato e ricovero a pagamento – ricovero di sollievo – emergenza o pronto intervento in altre R.S.A.)
- Altro.

- Onere della retta:** SSR (a totale carico del Servizio Sanitario Regionale)
- Differenza a carico del comune.
- Differenza a carico dell'ospite.
- Differenza sia a carico del comune che dell'ospite.
- A totale carico dell'ospite.
- Differenza a carico di altri Enti.

Esigenze particolari:

Persone/Parenti di riferimento:

Nome cognome grado di parentela	Cell.	Tel.
Nome cognome grado di parentela	Cell.	Tel.

Informativa D.Lgs 196/03 e del GDPR - Regolamento UE 2016/679 e successive modifiche e integrazioni: 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 il Direttore Amministrativo della Struttura cui la presente è rivolta, al quale potrà rivolgersi per esercitare i diritti di cui 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:

- A.S.L., 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.

FIRMA

Fondazione
Marchese Ignazio Guarini onlus