



Azienda di Servizi alla Persona "GOLGI - REDAELLI"
ISTITUTO GERIATRICO "CAMILLO GOLGI"

Piazza C. Golgi, 11 - Abbiategrasso
Tel. 02/94.852.1 - fax 02/94.85.29.21

DOMANDA DI RICOVERO IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

Nome Cognome _____ M F

Residenza _____ Tel _____

Data di nascita _____ Luogo di Nascita _____ Prov _____

Codice Sanitario _____ N° Esenzione _____ ASL _____

Codice fiscale _____

Pratica n° _____ Data di presentazione /__ / __ / __ /

Firma dell'incaricato all'atto della accettazione della domanda

Attualmente lo/a stesso/a si trova:

al proprio domicilio

- usufruisce del Servizio ADI SI NO

presso i propri familiari, nome _____ cognome _____

grado di parentela _____ indirizzo _____

in Ospedale (indicare quale)

_____ reparto _____ dal _____

in Struttura Riabilitativa (indicare quale)

_____ reparto _____ dal _____

in altra struttura di ricovero (indicare quale)

_____ reparto _____ dal _____

Tutela

La persona è sottoposta a forme di tutela giuridica? no in corso si

Se si specificare quale (interdizione, inabilitazione, amministrazione di sostegno) _____

dal _____ nome del designato ed eventuale
parentela _____

Recapito telefonico _____ indirizzo _____

NOTA BENE Allegare copia del decreto di nomina.

Dati anagrafici del coniuge o di altri conviventi

1) Nome e cognome _____ età _____

Grado di parentela _____ professione _____ telefono _____
Indirizzo _____
Abitazione _____
Lavoro _____
Cellulare _____

2) Nome e cognome _____ età _____

Grado di parentela _____ professione _____ telefono _____
Indirizzo _____
Abitazione _____
Lavoro _____
Cellulare _____

Dati anagrafici di parenti non conviventi o di conoscenti

1) Nome e cognome _____ età _____

Grado di parentela _____ professione _____ telefono _____
Indirizzo _____
Abitazione _____
Lavoro _____
Cellulare _____

2) Nome e cognome _____ età _____

Grado di parentela _____ professione _____ telefono _____
Indirizzo _____
Abitazione _____
Lavoro _____
Cellulare _____

Eventuale Servizio Sociale territoriale di
riferimento _____

Assistente sociale _____

Cause che hanno determinato la richiesta di ricovero in RSA:

- problemi di salute situazione socio-famigliare
 situazione abitativa altro, specificare _____

La persona per la quale si fa richiesta di ricovero ha partecipato alla decisione?

- si no specificare le motivazioni

CHI SI ASSUMERA' GLI ONERI DELLA DEGENZA

Se stesso/il procuratore/il tutore (specificare nome) _____

Gli obbligati per legge ex art. 433 del Codice Civile

Nome _____ parentela _____

Nome _____ parentela _____

Altri: Nome _____ parentela _____

Impegnativa del Comune di residenza _____ Rilasciata il _____

Da richiedere Richiesta inoltrata il _____ presso _____

I sopraindicati dichiarano di essere a conoscenza delle rette in vigore, delle garanzie reddituali richieste e di presentare domanda per l'accoglimento presso l'Istituto Geriatrico "Camillo Golgi" di Abbiategrasso.

La presente domanda di ricovero viene presentata da _____
(cognome, nome, grado di parentela) in nome e per conto dell'interessato che, per quanto possibile, ne è stato informato.

Il sottoscritto dichiara di aver informato della domanda di ricovero anche gli altri eventuali familiari.

(firma/e)

Autorizzo il trattamento dei dati ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003 in materia di tutela della privacy.

(firma/e)