



SANITHAD SERVIZI SOCIALI
Sede Legale Via Degli Estensi n. 135 Badia
Polesine (RO) Tel.e Fax 0425/594656
Amm.va Via A. Altobelli n. 3 Mantova
Tel. 0376/360360 Fax 0376/221989
P.I. 01304810201
e-mail: sanithad@sanithad.it

CASA DI RIPOSO DI SAN BENEDETTO PO (Mn)
Via G. d'Annunzio, 3
46027 SAN BENEDETTO PO (Mn)
Tel. 0376/15.90.248 Fax 0376/15.90.249
e-mail: sanithad@sanithad.it



Prot. N°
Del

**Alla Direzione della
Residenza Sanitaria Assistenziale Coop. Sanithad**

DOMANDA DI INGRESSO numero _____

DATA di presentazione della RICHIESTA di AMMISSIONE ____/____/____

Cognome Nome Sesso M F

Nato/a a Prov. il ____/____/____

Residente Prov Via

Cittadinanza ASL di residenza

Scolarità 1 nessuna 2 elementari 3 medie inferiori 4 medie superiori 5 università

Professione prima del pensionamento

Pensione 1 vecchiaia/anzianità 2 reversibilità 3 invalido civile/guerra

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

Religione nessuna cattolica ebraica musulmana protestante testimone di Geova
 altra

Codice Fiscale Tessera Sanitaria.....

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 inadatto 9 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 /A.di S. 9 Altro

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

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

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

Soggetto in ADI Dato non rilevato Si No

Provenienza Ospite **1** Soggetto che accede direttamente alla struttura dal domicilio

3 Soggetto in dimissione da struttura psichiatrica

4 Soggetto in dimissione da struttura sanitaria (ospedaliera) accreditata

5 Soggetto in dimissione da struttura sanitaria (ospedaliera) non accreditata

6 Soggetto in dimissione da Istituto di riabilitazione

7 Soggetto in dimissione da altro regime o tipologia (Centro diurno integrato – ricovero a pagamento – ricovero di sollievo – emergenza o pronto intervento)

8 Soggetto in dimissione da altra struttura (Centro diurno integrato e ricovero a pagamento – ricovero di sollievo – emergenza o pronto intervento in altre RSA)

9 Altro

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

Persone/Parenti di riferimento:

Nome cognome grado di parentela	Cell. e-mail	Tel.
Nome cognome grado di parentela	Cell. e-mail	Tel.
Nome cognome grado di parentela	Cell. e-mail	Tel.

Informativa D.Lgs 196/03: 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