



## Generalità della persona che richiede di essere accolta in RSD/CSS

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Sesso M  F

Nato a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_

Cittadinanza \_\_\_\_\_

Maternità \_\_\_\_\_

Paternità \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_

Stato civile

Celibe/Nubile

Coniugato/a

Separato/a

Divorziato/a

Vedovo/a

## Generalità della persona che si fa garante del ricovero

Si considera garante la persona o l'ente che, in forza di vincoli personali o legali, per scopo istituzionale o per mera liberalità, anche in assenza di formale espressione di volontà di mandato o rappresentanza o delega da parte dell'ospite, garantisce o assume personalmente e irrevocabilmente tutti gli obblighi (finanziari, morali di "fare o non fare") derivanti dalla stipula del contratto di accoglienza e fino alla risoluzione dello stesso.

*Titolo di rappresentanza legale (nel caso di persone già dichiarate incapaci o con deficit delle funzioni mentali superiori)*

Amministratore di sostegno

Tutore

Curatore

Altro .....

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Telefono 1 \_\_\_\_\_

Telefono 2 \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_

Telefono 3 \_\_\_\_\_

Telefono 4 \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto, al fine di adempiere a tutte le procedure di ingresso, si farà carico di produrre tutta la documentazione richiesta e di sottoscrivere l'impegno di spesa per il pagamento della retta. Si impegna inoltre a comunicare alla RSA l'eventuale rinuncia all'ingresso a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, decesso ecc.) e di essere informato/a che al momento dell'ingresso viene trasferita la residenza presso la struttura**

Firma della persona o del richiedente \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_



Eventuale altra persona di riferimento:

\_\_\_\_\_  
*Cognome e nome*

\_\_\_\_\_  
*Nato a*

\_\_\_\_\_  
*Prov.*

\_\_\_\_\_  
*Il*

\_\_\_\_\_  
*Residente a*

\_\_\_\_\_  
*Prov.*

\_\_\_\_\_  
*CAP*

\_\_\_\_\_  
*Via/Piazza*

\_\_\_\_\_  
*Indirizzo e-mail*

\_\_\_\_\_  
*Codice Fiscale*

\_\_\_\_\_  
*Telefono 1*

\_\_\_\_\_  
*Telefono 2*

\_\_\_\_\_  
*Grado di parentela*

\_\_\_\_\_  
*Telefono 3*

\_\_\_\_\_  
*Telefono 4*

### **Motivo della domanda**

- Persona non autonoma     Vive solo     Alloggio non idoneo     Difficoltà familiari  
 Altro (specificare) \_\_\_\_\_

### **Urgenza del ricovero**

- Estrema     Ordinaria     Inserimento in lista di attesa a scopo preventivo

### **Altre notizie utili al ricovero**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Consenso del richiedente il ricovero per il trattamento dei dati personali (art. 10 legge 675/96)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, ai sensi dell'art. 10 della legge 675/96, acconsente al trattamento dei dati personali sopra indicati al solo scopo dell'inserimento presso la RSA Piccolo Cottolengo Don Orione - Milano

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_