

**DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO DISTRETTI 1 - 7 (MILANO E AREA NORD)**

RICHIEDENTE

(COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DIRETTO INTERESSATO ALL'INSERIMENTO PRESSO LA RSA)

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

CF _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Recapiti telefonici: casa/ufficio _____

Recapiti telefonici: cellulare _____

E-mail: _____ @ _____ . _____

Altri riferimenti: _____

In qualità di _____

**RICHIEDE INSERIMENTO PRESSO LA RSA
PER IL SIG./LA SIG.RA**

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____ Et  _____ Genere: M F

Numero documento di identit  _____ Scadenza ____ / ____ / ____

Codice Esenzione _____

ATS di appartenenza _____ Distretto _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Recapito Telefonico _____

Cittadinanza _____

Religione _____

Compilare solo se occorre

- Domicilio differente dalla residenza:

Domiciliato in _____ CAP _____

Via / Corso _____

- Se cittadino extracomunitario:

Permesso di soggiorno si no Scadenza ____ / ____ / ____

**DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO DISTRETTI 1 - 7 (MILANO E AREA NORD)**

MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO

Condizioni abitative non idonee
 Vive solo/sola
 Perdita autonomia
 Quadro clinico compromesso
 Mantenimento/miglioramento capacità residue
 Altro (ad es: problematiche sociofamiliari)

PROVENIENZA

Domicilio
 Istituto di ricovero per acuti (ospedale)
 Struttura psichiatrica
 Istituto di riabilitazione
 Altra RSA
 Altro: _____

TIPOLOGIA DI RICOVERO

Tempo determinato
 Lungodegenza

Preferenza tipologia di camera:

CONVENZIONE

NO
 si, con il seguente ente:

CONDIVISIONE DEL RICOVERO CON L'INTERESSATO

SI NO, motivazione: _____
 note: _____

SITUAZIONE ABITATIVA

Con chi vive:

Solo
 Coniuge
 Figli
 Altri parenti: _____
 Badanti
 Presenza: _____

Altro: _____

Casa di proprietà
 Affitto
 Casa ALER
 Usufrutto
 Altro: _____

TUTELA

NO SI:

Amministrazione di sostegno
 In corso
 Numero decreto: _____

Interdizione
 Altro: _____

Nome e Cognome AdS/Tutore:

Qualifica:
 Familiare:
 Altro (specificare qualifica; ad esempio: Funzionario del Comune, Avvocato nominato dal Tribunale, etc.)

Recapiti:

**DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO DISTRETTI 1 - 7 (MILANO E AREA NORD)**

SITUAZIONE FAMILIARE

Coniugato/a
 Divorziato/a
 Celibe/nubile
 Separato/a
 Vedovo/a
 Non dichiarato
 Altro: _____

Fratelli (N:)
 Sorelle (N:)

Figli (N:)
 Figlie (N:)

SITUAZIONE ECONOMICA

Nessuna pensione
 Anzianità/vecchiaia
 Minima/sociale
 Guerra/infortunio sul lavoro, etc
 Reversibilità

In attesa di invalidità
 Invalidità
 ↳ Codice: _____

↳ Percentuale: _____ %

↳ Indennità accompagnamento
 SI NO
 in attesa di accompagnamento

LIVELLO DI ISTRUZIONE

Nessuno
 Licenza elementare
 Diploma medie inferiori
 Diploma medie superiori in _____

Laurea in: _____
 Altro: _____

PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO

Casalinga
 Agricoltore
 Operaio, ambito _____
 Impiegato, ruolo _____
 Artigiano, ambito _____
 Insegnante, in _____
 Imprenditore, ambito _____
 Libero Professionista, _____
 Altro _____

SERVIZI SOCIO SANITARI

Servizi Socio Sanitari attivi: NO SI (specificare):

CMA di zona _____ Assistente sociale: _____
 Recapiti: _____
 Tipo di servizi usufruiti: _____

Custode sociale – Portierato Sociale _____
 ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) _____
 CDI (Centro Diurno Integrato) _____
 CPS (Centro Psico Sociale) _____
 Associazioni di volontariato _____
 Altro (ad esempio: telesoccorso, etc) _____

**DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO LE RSA
ATS DELLA CITTA' METROPOLITANA DI MILANO DISTRETTI 1 - 7 (MILANO E AREA NORD)**

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DELLA RSA

- Direttamente
- Servizio Sociale di: CMA Ospedale
- Medico di Medicina Generale (medico curante)
- Medico specialista
- Passaparola
- Pubblicità
- Eventi/manifestazioni
- Internet
- Associazioni

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:

- ↳ CARTA DI IDENTITÀ/PERMESSO DI SOGGIORNO SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO, IN CORSO DI VALIDITÀ
- ↳ TESSERA SANITARIA
- ↳ EVENTUALI ESENZIONI
- ↳ VERBALE INVALIDITÀ
- ↳ DOCUMENTO RELATIVO ALLA TUTELA (ad esempio copia procura, copia decreto di nomina AdS, etc.)

EVENTUALI NOTE/OSSERVAZIONI

Ai sensi del D.L.gs.196/ 2003 e del Reg. UE 679/2016 si informa che i dati indicati saranno utilizzati esclusivamente al fine di comunicazione/informazione per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo, come regolamentato nella relativa informativa della Struttura ricevente.

DATA: ____ / ____ / 20__

FIRMA DEL RICHIEDENTE:

NOTE:
