

FONDAZIONE SAN BIAGIO – ONLUS

Via San Rocco n. 15

46040 Cavriana MN

Tel 0376 82025-805378 Fax 0376 82352

Codice ASL 307 Codice struttura 006926

RICHIESTA DI AMMISSIONE numero _____

DATA di presentazione della RICHIESTA di AMMISSIONE _____ / _____ / _____

Nome **Cognome**

Cognome Marito **eventuale soprannome**

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

Residente **Prov.** **Via**

Cittadinanza **ASL di residenza**

Scolarità: nessuna elementari medie inferiori medie superiori università

Professione

Stato civile: 1 celibe/nubile 2 coniugato/a 3 separato/a 4 divorziato/a
 5 vedovo/a 6 non dichiarato

Numero figli maschi: **Numero figli femmine:**

Religione: nessuna professa la religione: 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 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 Sì
 No in lista d'attesa No

Soggetto con assegno di accompagnamento: Dato non rilevato Sì
 No domanda presentata No

Soggetto in ADI: Dato non rilevato Sì 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 (RSA-Centro diurno integrato ricovero a pagamento – ricovero di sollievo – emergenza o pronto intervento)
 8 Soggetto in dimissione da altra struttura (RSA-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

| | | |
|--|--------------|-------------|
| | Cell. | Tel. |
| | Cell. | Tel. |
| | Cell. | Tel. |

Informativa D.Lgs 196/03 I dati personali raccolti con questa scheda sono trattati al fine esclusivo della formulazione della lista d'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 Presidente 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 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
