

**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**

	<b>Cell.</b>	<b>Tel.</b>
	<b>Cell.</b>	<b>Tel.</b>
	<b>Cell.</b>	<b>Tel.</b>

**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

\_\_\_\_\_