

MODULO UNICO DI INGRESSO PER INSERIMENTO NEI POSTI LETTO ACCREDITATI NELLE R.S.A DELLA PROVINCIA DI LECCO

SEZ. 1 DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

Cognome e Nome _____

Luogo di nascita _____ (Prov. _____) Data _____ M F

Codice Fiscale _____

Residente a _____ (Prov. _____) in via/piazza _____ n° _____

Telefono/cell. _____ Eventuale Fax o E - mail _____

DOMICILIO IN _____ (_____)
CITTA' (DA INDICARSI SE DIVERSO DALLA RESIDENZA) PROVINCIA

VIA/PIAZZA _____ N° _____

Telefono/cell. _____

EVENTUALE TUTORE O AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO:

_____ Cognome e Nome _____ Telefono _____

_____ citta' _____ via/piazza _____ n° civico _____

_____ Atto n° _____ del _____ Tribunale di _____

PERSONA DI RIFERIMENTO

COGNOME E NOME _____ ETÀ _____

Residente a _____ (Prov. _____) in via/piazza _____ n° _____

GRADO DI PARENTELA _____ Eventuale Fax o E - mail _____

Telefono/cell. _____ Altri recapiti telefonici _____

ATTUALMENTE IL SOGGETTO PER CUI SI PRESENTA DOMANDA DI RICOVERO SI TROVA:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> AL PROPRIO DOMICILIO | <input type="checkbox"/> PRESSO PROPRI FAMILIARI |
| <input type="checkbox"/> IN OSPEDALE (INDICARE QUALE)
.....
REPARTO..... | <input type="checkbox"/> IN STRUTTURA RIABILITATIVA (INDICARE QUALE)
.....
REPARTO |
| <input type="checkbox"/> IN STRUTTURA PROTETTA (INDICARE QUALE)
..... | <input type="checkbox"/> DA QUANTO TEMPO
..... |



Nome: Modulo Unico Ingresso RSA

MOTIVI DELLA DOMANDA DI RICOVERO:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> STATO DI SALUTE | → | <input type="checkbox"/> SOLITUDINE |
| <input type="checkbox"/> PROBLEMI FAMILIARI (specificare):..... | → | <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare):..... |
| <input type="checkbox"/> CONDIZIONI ABITATIVE | | <input type="checkbox"/> alloggio non adeguato |
| <input type="checkbox"/> TRASFERIMENTO DA ALTRA UNITA' DI OFFERTA | | <input type="checkbox"/> eventuale sfratto |

SEZ. 2 DATI PERSONALI

IN MERITO ALLA DECISIONE DEL FUTURO RICOVERO, L'ANZIANO È:

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> CONSENZIENTE | <input type="checkbox"/> INDIFFERENTE | <input type="checkbox"/> NON IN GRADO DI DECIDERE |
| <input type="checkbox"/> CONTRARIO | <input type="checkbox"/> NON INFORMATO | |

LA RICHIESTA E' PER UN RICOVERO:

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> TEMPORANEO | <input type="checkbox"/> DEFINITIVO |
|-------------------------------------|-------------------------------------|

STATO CIVILE:

- CELIBE / NUBILE
- CONIUGATO / A
- SEPARATO / A
- DIVORZIATO / A
- VEDOVO / A

SCOLARITA':

- ANALFABETA
- LICENZA ELEMENTARE
- LICENZA DI SCUOLA MEDIA INFERIORE/ AVVIAMENTO
- SCUOLA PROFESSIONALE
- DIPLOMA SCUOLA MEDIA SUPERIORE
- LAUREA

PROFESSIONE ESERCITATA NEL PERIODO LAVORATIVO:

- non ha mai lavorato

..... Settore: N° Anni.....
 Settore: N° Anni.....
 Settore: N° Anni.....

PENSIONE TIPO :

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ANZIANITA' -VECCHIAIA (VO) | <input type="checkbox"/> REVERSIBILITÀ (SO) | <input type="checkbox"/> INVALIDITÀ SOCIALE (IO) |
| <input type="checkbox"/> ALTRO (indicare il tipo) | | <input type="checkbox"/> NESSUNA PENSIONE |

INVALIDITÀ CIVILE:

- | | | |
|-----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> IN CORSO | <input type="checkbox"/> RICONOSCIUTA, AL _____ % | <input type="checkbox"/> DOMANDA NON PRESENTATA |
|-----------------------------------|---|---|

INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> NON RICONOSCIUTA | <input type="checkbox"/> RICONOSCIUTA: (indicare il tipo) → | <input type="checkbox"/> Cieco assoluto |
| <input type="checkbox"/> IN ATTESA | → | <input type="checkbox"/> Cieco con residuo visivo |
| <input type="checkbox"/> DOMANDA NON PRESENTATA | → | <input type="checkbox"/> Invalido 100% con accompagnamento |
| | → | <input type="checkbox"/> Sordomuto |

RICONOSCIMENTO L. 104 /92

- | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> IN CORSO | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> DOMANDA NON PRESENTATA |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|

SEZ. 3 RETE SOCIALE E COINVOLGIMENTO DEI SERVIZI TERRITORIALI

ABITAZIONE:

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> DI PROPRIETÀ | <input type="checkbox"/> IN AFFITTO |
|---------------------------------------|-------------------------------------|

SITUAZIONE FAMILIARE:

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> VIVE SOLO | <input type="checkbox"/> NON VIVE SOLO |
| DA QUANTO TEMPO?..... | |

IL CONIUGE/CONVIVENTE È:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> AUTOSUFFICIENTE | <input type="checkbox"/> PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE | <input type="checkbox"/> NON AUTOSUFFICIENTE |
|--|---|--|

NUMERO DI FIGLI VIVENTI

 MASCHI N° FEMMINE N° NESSUN FIGLIO

ELENCO DEI PRINCIPALI FAMIGLIARI O PARENTI

	COGNOME E NOME	ETA'	INDIRIZZO (Città, via, n°civico)	TELEFONO	CONVIVENTE?	
1					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
2					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
3					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
4					<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

SERVIZI TERRITORIALI di cui usufruisce:

SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE COMUNALE: <input type="checkbox"/> IGIENE PERSONALE <input type="checkbox"/> PULIZIA CASA <input type="checkbox"/> ASSISTENZA SOCIO-ECONOMICA <input type="checkbox"/> AIUTO PER LA SPESA <input type="checkbox"/> PASTO CALDO <input type="checkbox"/> TELESOCORSO <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare):	ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA: <input type="checkbox"/> MEDICO DI BASE CON FREQUENZA: <input type="checkbox"/> GERIATRA <input type="checkbox"/> MEDICO SPECIALISTA:..... <input type="checkbox"/> INFERMIERE PROFESSIONALE <input type="checkbox"/> TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE <input type="checkbox"/> ALTRO (specificare):
--	---

ALTRI SERVIZI DI CUI USUFRUISCE:

-
- CENTRO PSICOSOCIALE
-
- UNITA' di VALUTAZIONE ALZHEIMER
-
- CENTRO DIURNO INTEGRATO

USA I SEGUENTI AUSILI E/O PRESIDII A DOMICILIO:

-
- CARROZZINA
-
- MATERASSO ANTIDECUBITO
-
- SOLLEVATORE
-
-
- ALTRO (specificare).....

MEDICO CURANTE DR. _____ TEL. _____

Sez. 4 Informativa ex art. 13 D.lgs. 196/2003
--

Gentile Signore/a,

il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Desideriamo quindi informarla che ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali, (D.lgs. 196/03), per poter accettare la presente domanda di ricovero e dar corso all'ammissione presso una R.S.A. è necessario che i soggetti gestori delle R.S.A. per le quali è presentata la domanda conoscano i dati personali del richiedente l'ammissione e i dati personali riguardanti i familiari o le persone a cui fare riferimento per la tutela dello stesso.

I dati personali e relativi allo stato di salute forniti o altrimenti acquisiti, nel rispetto delle vigenti disposizioni normative, inerenti, connessi e/o strumentali al procedimento di inserimento in R.S.A. formeranno oggetto di trattamento, con l'ausilio di mezzi elettronici, nel rispetto della normativa sopra richiamata, degli obblighi di riservatezza e del segreto professionale e d'ufficio.

La natura del conferimento dei dati non è obbligatoria; ricordiamo tuttavia che la procedura di accoglienza in R.S.A. non può prescindere dall'acquisizione di tutti i dati relativi al richiedente l'ammissione ritenuti utili.

Pertanto, in mancanza del conferimento di dati, la domanda di ammissione in R.S.A. non può essere accolta.

I dati acquisiti saranno comunicati all'A.S.L. della provincia di Lecco e alla Regione Lombardia per l'assolvimento del debito informativo prescritto dalla normativa regionale.

Si precisa che Titolare del trattamento è Il Legale Rappresentante della RSA.

Si ricorda inoltre che Lei potrà in qualunque momento far valere diritti previsti dall'art. 7 d. lgs.196/2003.

D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 Codice in materia di protezione dei dati personali - Art. 7 - Diritto di accesso ai dati personali

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale

Dichiarazione di consenso

Il sottoscritto _____, in relazione alla presente domanda di ammissione in R.S.A., e presa visione dell'informativa all'utenza sopra esposta, esprime il consenso al trattamento dei dati personali e relativi allo stato di salute relativi al richiedente il ricovero, per le finalità e con le modalità indicate nell'informativa stessa.

Data.....

In fede _____

LA RICHIESTA VIENE INOLTRATA:

- DIRETTAMENTE DALL'INTERESSATO
 DA UN PARENTE

ALTRO

(specificare).....

(specificare).....

(NOME E COGNOME)

tel.

(Firma) _____

DOCUMENTI DA ALLEGARE IN FOTOCOPIA ALLA DOMANDA

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Carta d'identità | <input type="checkbox"/> Codice fiscale (se non presente nella Carta Regionale dei Servizi) |
| <input type="checkbox"/> Carta Regionale dei Servizi | <input type="checkbox"/> Tessere di Esenzione |
| <input type="checkbox"/> Verbali di Invalidità | <input type="checkbox"/> Esiti visite o esami ematici e strumentali recenti |

RELAZIONE SANITARIA A CURA DEL MEDICO CURANTE PER L'INGRESSO IN RSA

Sig./ra _____

Data di nascita _____ Tessera sanitaria _____ Data compilazione _____

Sez. 1 **PATOLOGIE** presenti e giudizio di gravità *

	1	2	3	4	5
	Assente	Lieve	Moderato	Grave	Molto Grave
Patologie cardiache Specificare: _____					
Iperensione arteriosa Specificare: _____					
Patologie vascolari Specificare _____					
Patologie respiratorie Specificare _____					
Vista, udito, naso, gola, laringe Specificare _____					
Apparato gastroenterico superiore Specificare _____					
Apparato gastroenterico inferiore Specificare _____					
Patologie epatiche Specificare _____					
Patologie renali Specificare _____					
Altre patologie genito-urinarie Specificare _____					
Sistema muscolo-scheletrico e Cute Specificare _____					
Patologie neurologiche centrali e periferiche (<i>escluse le demenze</i>) Specificare _____					

Patologie endocrino-metaboliche (incluso infezioni, sepsi e stati tossici) Specificare					
Patologie psichiatrico-comportamentali (incluse le demenze) Specificare					

***CIRS (CUMULATIVE ILLNESS RATING SCALE) – A CURA DEL PERSONALE MEDICO**

1= Assente; nessuna compromissione d'organo/sistema. 2= lieve; la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività, il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente. 3= Moderato; la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario, la prognosi è buona. 4= Grave; la compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona. 5= Molto grave; la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza il trattamento è urgente, la prognosi è grave.

Sez. 2 ALTRI PROBLEMI CLINICI, FUNZIONALI, ASSISTENZIALI**Problemi e condizioni correlate con l'alimentazione**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nessuno | <input type="checkbox"/> Disfagia |
| <input type="checkbox"/> Stato nutrizionale soddisfacente | <input type="checkbox"/> Dieta frullata o omogeneizzata |
| <input type="checkbox"/> Obesità | <input type="checkbox"/> Nutrizione enterale <input type="radio"/> Sondino naso - gastrico |
| <input type="checkbox"/> Malnutrizione | <input type="checkbox"/> Nutrizione enterale <input type="radio"/> Gastrostomia (PEG) / Digiunostomia |
| <input type="checkbox"/> Rifiuto del cibo | <input type="checkbox"/> Nutrizione parenterale totale |
| <input type="checkbox"/> Si alimenta autonomamente | |
| <input type="checkbox"/> Si alimenta con aiuto | |
| <input type="checkbox"/> Totalmente dipendente | |

Diabete mellito

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trattato con la sola dieta | <input type="checkbox"/> Insulinoterapia |
| <input type="checkbox"/> Farmaci antidiabetici orali | |

Lesioni cutanee

- | | |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lesioni da decubito | Sede: _____ Stadio _____ |
| <input type="checkbox"/> Lesioni vascolari | Sede: _____ Stadio _____ |

Coma o stato vegetativo **Sclerosi Laterale Amiotrofica** **Parola**

-
- Normale
-
-
- Disartria
-
-
- Afasia

Vista ed udito

-
- Vede e sente bene
-
-
- Non vede
-
-
- Non sente
-
-
- Deficit corretto da protesi e/o occhiali in uso

Igiene

-
- Si lava autonomamente
-
-
- Necessita di aiuto per alcune operazioni igieniche
-
-
- Totalmente dipendente

Capacità di vestirsi / svestirsi

-
- Si veste/sveste autonomamente
-
-
- Necessita di aiuto per vestirsi/svestirsi
-
-
- Totalmente dipendente

Mobilità	Cadute negli ultimi 3 mesi
<input type="checkbox"/> Si muove autonomamente <input type="checkbox"/> Si muove con deambulatore <input type="checkbox"/> In carrozzina <input type="checkbox"/> Allettato	<input type="checkbox"/> nessuna <input type="checkbox"/> 1 – 3 volte <input type="checkbox"/> Più di tre volte
Terapia riabilitativa in corso	Assistenza respiratoria
<input type="checkbox"/> Post-acuta <input type="checkbox"/> Di mantenimento	<input type="checkbox"/> Ossigeno occasionalmente <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia con O2 gassoso <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia con O2 liquido <input type="checkbox"/> Tracheotomia <input type="checkbox"/> Ventilazione meccanica non invasiva <input type="checkbox"/> Ventilazione meccanica invasiva
Minzione e Evacuazione	
<input type="checkbox"/> Utilizzo di presidi assorbenti per incontinenza <input type="checkbox"/> Cateterismo vescicale ad intermittenza <input type="checkbox"/> Cateterismo vescicale a permanenza <input type="checkbox"/> Ureterocutaneostomia	<input type="checkbox"/> Nefrostomia <input type="checkbox"/> Stipsi (bisogno di clisteri evacuativi) <input type="checkbox"/> Ileostomia/Colonstomia

Disturbi cognitivi e comportamentali, problemi psichiatrici e dell'umore

<input type="checkbox"/> Nessuno	<input type="checkbox"/> Disforia/euforia e/o comportamenti disinibiti
<input type="checkbox"/> Perdita di memoria occasionale o per eventi recenti	<input type="checkbox"/> Deliri e allucinazioni
<input type="checkbox"/> Perdita di memoria severa o non rammenta nulla	<input type="checkbox"/> Stato ansioso
<input type="checkbox"/> Disorientamento nel tempo	<input type="checkbox"/> Tono dell'umore deflesso
<input type="checkbox"/> Disorientamento nello spazio	<input type="checkbox"/> Apatia, ritiro sociale, perdita di interessi
<input type="checkbox"/> Completa confusione senza capacità di relazione con l'esterno	<input type="checkbox"/> Repentini cambiamenti di umore
<input type="checkbox"/> Problemi di linguaggio e/o deficit di comprensione	<input type="checkbox"/> In cura presso Servizi Psichiatrici
<input type="checkbox"/> Mancato riconoscimento dei familiari	<input type="checkbox"/> Tentati suicidi
<input type="checkbox"/> Cammino incessante senza un preciso scopo o affaccendamento	<input type="checkbox"/> Etilismo attuale
<input type="checkbox"/> Urla o lamentazioni o vocalismi ripetitivi	<input type="checkbox"/> Etilismo pregresso
<input type="checkbox"/> Disturbi del sonno (eventuale specifica).....	<input type="checkbox"/> Negli ultimi 6 mesi, sono stati utilizzati mezzi di protezione/contenzione
<input type="checkbox"/> Aggressività verso sé e/o verso altri	<input type="checkbox"/> Altro (specificare)
<input type="checkbox"/> Facile irritabilità	

Terapia dialitica

-
- Dialisi peritoneale
-
- Dialisi extracorporea

 Radioterapia

 Chemioterapia



Nome: Modulo Unico Ingresso RSA

Terapia farmacologica in corso (indicare il farmaco in uso e la posologia)

■ _____	■ _____
■ _____	■ _____
■ _____	■ _____
■ _____	■ _____
■ _____	■ _____
■ _____	■ _____
■ _____	■ _____
■ _____	■ _____
■ _____	■ _____
■ _____	■ _____
■ _____	■ _____

Allergie a farmaci

NO

SI quali? _____

Vaccinazione antipneumococcica NO SI se sì quando?.....

Il soggetto è esente allo stato attuale da malattie infettive e contagiose che ostacolano il vivere in comunità?
SI NO

Eventuali note: _____

Timbro e firma del Medico

Telefono

Il sottoscritto ovvero il care giver afferma di aver fornito al proprio medico dichiarazione veritiera in merito ai dati anamnestici, conscio delle sanzioni a cui va incontro in caso di infedele dichiarazione.

In fede, il Dichiarante _____ (in caso di persona diversa dal paziente specificare relazione con i/la paziente ovvero grado di parentela)

INFORMAZIONI PER IL MEDICO CURANTE

Gentile collega,

Il suo/la sua paziente intende presentare la domanda di ammissione presso una RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) del territorio dell'ASL di Lecco. La scheda allegata fa parte del nuovo modello unico di ammissione concordato con le RSA al fine di facilitare le famiglie nella ricerca di una struttura idonea e per evitare ai medici di famiglia di essere chiamati a compilare più volte le necessarie certificazioni sanitarie.

Le informazioni sanitarie sono raccolte utilizzando in buona parte il modello della CIRS (Cumulative Illness Rating Scale), adottato dalla Regione Lombardia per la stima delle esigenze sanitarie di una persona accolta in RSA o in un CDI. La CIRS è uno strumento standardizzato utile a ricavare una misura della salute della persona anziana. Non fornisce informazioni dirette sull'autonomia quotidiana, che sono raccolte con altre modalità. Le viene quindi chiesto di assegnare un giudizio di gravità soggettivo alla situazione clinica e funzionale di 14 organi e apparati, secondo lo schema seguente:

*CIRS (CUMULATIVE ILLNESS RATING SCALE)

1= Assente; nessuna compromissione d'organo/sistema.

2= lieve; la compromissione d'organo/sistema non interferisce con la normale attività, il trattamento può essere richiesto oppure no, la prognosi è eccellente.

3= Moderato; la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività, il trattamento è necessario, la prognosi è buona.

4= Grave; la compromissione d'organo/sistema produce disabilità, il trattamento è indilazionabile, la prognosi può non essere buona.

5= Molto grave; la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza il trattamento è urgente, la prognosi è grave.

Si ottengono così due indici:

- **Indice di severità:** si ricava dalla media dei punteggi delle prime 13 categorie (escludendo la categoria delle patologie psichiatriche/comportamentali);
- **Indice di comorbidità:** si ricava dal numero delle categorie nelle quali si ottiene un punteggio superiore o uguale a 3 (escludendo la categoria delle patologie psichiatriche/comportamentali).

Alcune note per la corretta compilazione:

Ipertensione: il giudizio di gravità esclude la presenza di eventuali danni d'organo, che saranno eventualmente descritti nelle categorie corrispondenti;

Disturbi vascolari: comprendono malattie dei vasi arteriosi e venosi, del sangue, del midollo e del sistema linfatico;

Apparato gastroenterico superiore: comprende esofago, stomaco, duodeno, pancreas e vie biliari

Sistema muscolo-scheletrico e cutaneo: comprende le lesioni da decubito

Patologie endocrino-metaboliche: includono diabete, infezioni, sepsi e stati tossici.

La ringraziamo per la collaborazione.

Impegnativa di pagamento

(Si precisa che il soggetto che sottoscrive l'impegnativa di pagamento deve essere il medesimo che sottoscrive il contratto d'ingresso.)

Il/la sottoscritto/a

nato/a a il

e residente a

in via tel.

C.F.

In qualità di:

- Assistito
- parente (specificare grado di parentela).....
- Tutor
- Amministratore di sostegno
- Sindaco del Comune (specificare).....
- Altro (specificare).....

si impegna

- Al rispetto del vigente contratto d'ingresso della R.S.A. di cui dichiaro di aver preso visione e ad accettarne il contenuto in ogni sua parte.
- Al pagamento mensile della retta di ricovero, determinata annualmente dalla struttura

per il ricovero del/della signore/a

nato/a a il

e residente a

in via tel.

Data

Firma per accettazione