



ASSOCIAZIONE  
*la Nostra Famiglia*



R.S.D.  
Casa B.L. Guanella  
Verdello



**RSD Istituto delle Suore delle Poverelle – Istituto Palazzolo**

---



**“Società Cooperativa Sociale SERVIZI ISOLA” - ONLUS**



**CROCE ROSSA ITALIANA**

RESIDENZA SANITARIO ASSISTENZIALE  
DISABILI & POLIAMBULATORIO  
ALBINO (BG)



**FONDAZIONE CONTI CALEPIO**  
**CENTRO POLIVALENTE DISABILI**

**DOMANDA DI INGRESSO NELLA R.S.D. DI.....**

**Dati dell'interessato:**

Cognome ..... Nome .....

Sesso F  M  Stato civile ..... Data di nascita .....

Luogo di nascita .....

Residenza in via ..... n. .... Comune .....

Prov. .... C.A.P. .... Recapito telefonico .....

Domicilio (*solo se diverso dalla residenza*) .....

Carta Regionale dei Servizi – Codice Assistito (*allegare copia*) .....

Carta d'identità (*allegare copia*) .....

Codice Fiscale (*allegare copia*) .....

Percentuale di invalidità (*allegare copia*) .....

Indennità di accompagnamento Sì  No

Tipo di pensione di cui usufruisce.....

Esenzione ticket sanitario per .....

Pratiche in corso per accertamenti di invalidità.....

**Dati della persona che presenta la domanda:**

Rapporto con l'ospite:

- Parentela  .....
- Tutore (N° decreto – allegare copia)
- Amministratore di sostegno (N° decreto – allegare copia)
- Altro  .....

Cognome ..... Nome .....

Data di nascita ..... Luogo di nascita .....

Residenza in via ..... n. .... Comune .....

Prov. .... C.A.P. .... Recapito telefonico .....

Indirizzo e-mail.....

**CHIEDE CHE**

**IL SIG(Cognome).....(Nome).....**

**SIA ACCOLTO:**

- In modo definitivo
- Con modalità di sollievo  dal ..... al.....

L'interessato è informato della presentazione della domanda di ingresso in RSD?

Sì  No

*Se no*, perché .....

*Se si*, come la vive.....

Ha presentato domanda in altra struttura? Sì  No

*Se si* in quale.....

Attualmente risiede presso.....

Indicare il nome e il recapito telefonico del Medico di Assistenza Primaria

Altro specialista di riferimento nome e recapito telefonico

E' consapevole che in caso di ammissione è prevista una retta socio-assistenziale a carico della famiglia e/o del Comune?.....

**Sono parte integrante della presente domanda:**

- 1. la scheda sociale (All. A)**
- 2. eventuali relazioni educative e/o di altri specialisti**
- 3. la scheda sanitaria (All. B)**
- 4. elenco delle RSD della provincia di Bergamo**

- Ai sensi del D.P.R. nr.445/00 le dichiarazioni mendaci contenute nella presente saranno perseguibili in base alla normativa vigente.

Addì,.....

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi del D.lgs. 196/2003**

**I dati da lei forniti, anche di natura sensibile, saranno trattati, sia a livello cartaceo che informatico, al solo fine di gestire la lista d'attesa per l'ingresso come ospite nella RSD, il conferimento dei dati è facoltativo, ma l'eventuale rifiuto comporta la mancata possibilità di inserimento in lista d'attesa. I dati potranno essere comunicati a terze parti solo per le finalità indicate in precedenza e comunque secondo quanto previsto dai limiti di legge. Il titolare del trattamento è l'RSD e il nome del responsabile è reperibile presso la segreteria. In ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.lgs 196/2003.**

Autorizzo al trattamento dei dati personali e sensibili secondo quanto sopra descritto.

Cognome..... Nome.....

Firma

---