

**DOMANDA DI AMMISSIONE****M094**

ED.1 REV 3 DEL 01/04/2019

FONDAZIONE CASA RIPOSO S. GIUSEPPE ONLUS

PAG. 1 di 6

Data di arrivo.....

PROT. N. ....

Al Sig. Presidente Fondazione Casa Riposo  
San Giuseppe O.N.L.U.S.  
Via del Troglia, n° 4  
18012 - BORDIGHERA IM

Il/la Sottoscritto/a.....  
ricevuta l'informativa in materia Privacy come da GDPR;

**CHIEDE**

di essere ospitato/a presso la Vs. struttura per anziani:

- Direttamente
- Parente
- Tutore/Curatore/AdS
- Tramite: .....

All'uopo, ai sensi di quanto prescritto dall'art. 76 del T.U., approvato con D.P.R. 28.12.2000, n. 445, sulle responsabilità penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità

**DICHIARA**

1. di essere nato/a a ..... il ..... e di essere attualmente  
residente nel Comune di ....., in Via.....  
n. .... Tel. ....;

2. che la propria famiglia anagrafica si compone come risulta dal seguente prospetto:

N.	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	RAPPORTO	RECAPITO TEL.
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

	<b>DOMANDA DI AMMISSIONE</b>	<b>M094</b> ED.1 REV 3 DEL 01/04/2019
	FONDAZIONE CASA RIPOSO S. GIUSEPPE ONLUS	PAG. 2 di 6

**ALLEGA** alla presente:

- 1) Dichiarazione attestante le condizioni fisiche generali (ALL. 1);
- 2) Dichiarazione/obbligazione, sottoscritta con firma autenticata, di impegno al pagamento della retta da parte dei familiari tenuti all'obbligo degli alimenti o di coloro che se ne occupano (ALL. 2).

Il/La sottoscritto/a si impegna, inoltre, a presentare al momento dell'ingresso nella struttura i seguenti documenti:

- Certificato medico d'ammissione
- copia fotostatica fronte/retro di documento di identità in corso di validità di ospite e garante;
- tessera Servizio Sanitario Nazionale;
- tessera codice fiscale;
- eventuale tessera esenzione ticket sanitari;
- eventuale verbale di riconoscimento invalidità civile o copia della domanda presentata per il riconoscimento della medesima;
- (solo in caso di soggetto non autosufficiente) verbale della valutazione delle condizioni e dei livelli di non autosufficienza redatto dall'Unità Valutativa Distrettuale (UVD) della ASL competente;
- documentazione sanitaria di visite o ricoveri ospedalieri precedenti;

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto copia della domanda di ammissione protocollata e datata, copia dell'Informativa ai sensi del GDPR in ordine al trattamento dei dati personali e copia della Carta dei Servizi e Regolamento per l'Ammissione dell'Ospite, impegnandosi all'osservanza di tutte le disposizioni in essi contenute.

**Con la sottoscrizione della presente domanda d'ammissione si accetta incondizionatamente il contenuto della medesima, nonché tutti i Regolamenti in vigore presso la Fondazione.**

In fede.

Luogo \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_

**SOTTOSCRIZIONE DELLA DICHIARAZIONE RESA NELL'INTERESSE DI CHI SI TROVA IN UNA SITUAZIONE DI IMPEDIMENTO TEMPORANEO PER RAGIONI CONNESSE ALLA SALUTE (Art.4 e 47 DPR 445/2000)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ in  
qualità di \_\_\_\_\_ del Sig./della Sig.ra \_\_\_\_\_ come  
sopra generalizzato, temporaneamente impedito/a a causa del suo stato di salute, previo accertamento della consapevolezza dell'interessato e consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR 445/2000, in caso di false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sottoscrive la presente richiesta e dichiarazione per conto e nell'interesse del/della predetto/predetta.

Luogo \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_



**Allegato 1**

***Condizioni fisiche generali ospite richiedente***

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_ consapevole delle responsabilità penali stabilite dalla  
legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità

DICHIARA

Di impegnarsi a comunicare alla Fondazione ogni informazione utile all'inquadramento clinico dell'ospite  
Sig./ra \_\_\_\_\_, specificando quanto segue:

**PATOLOGIE REMOTE E/O PROSSIME** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ALLERGIE NOTE:** \_\_\_\_\_

- |                            |                                  |                                      |  |   |
|----------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--|---|
| <u>Condizioni generali</u> | <input type="checkbox"/> Buone   | <input type="checkbox"/> Discrete    | <input type="checkbox"/> Compromesse       | <input type="checkbox"/> Gravi            |
| <u>Stato mentale</u>       | <input type="checkbox"/> Lucido  | <input type="checkbox"/> Apatico     | <input type="checkbox"/> Confuso           | <input type="checkbox"/> Stuporoso        |
| <u>Deambulazione</u>       | <input type="checkbox"/> Normale | <input type="checkbox"/> Con aiuto   | <input type="checkbox"/> Sedia a rotelle   | <input type="checkbox"/> Allettato        |
| <u>Mobilità</u>            | <input type="checkbox"/> Normale | <input type="checkbox"/> Limitata    | <input type="checkbox"/> Molto limitata    | <input type="checkbox"/> Immobile         |
| <u>Incontinenza</u>        | <input type="checkbox"/> Assente | <input type="checkbox"/> Occasionale | <input type="checkbox"/> Abituale          | <input type="checkbox"/> Doppia           |
| <u>Accede ai servizi</u>   | <input type="checkbox"/> Da solo | <input type="checkbox"/> Con aiuto   | <input type="checkbox"/> Dipendenza totale |   |
| <u>Si lava</u>             | <input type="checkbox"/> Da solo | <input type="checkbox"/> Con aiuto   | <input type="checkbox"/> Dipendenza totale |   |
| <u>Si veste</u>            | <input type="checkbox"/> Da solo | <input type="checkbox"/> Con aiuto   | <input type="checkbox"/> Dipendenza totale |   |
| <u>Si nutre</u>            | <input type="checkbox"/> Da solo | <input type="checkbox"/> Con aiuto   | <input type="checkbox"/> Dipendenza totale |   |
| <u>Sensorio</u>            | <input type="checkbox"/> Cecità  | <input type="checkbox"/> Sordità     | <input type="checkbox"/> Ipovisus          | <input type="checkbox"/> Ipoacusia Vigile |

Decubiti  No  Si Localizzazione: \_\_\_\_\_

Atteggiamento auto/etero aggressivo Si  No  A Volte

**Altre condizioni di non autosufficienza:**

- Catetere vescicale  Respiratore  Sondino naso gastrico  Altro .....

**ALIMENTAZIONE**

Normale   
Dieta particolare  specificare: \_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_\_

**In fede**

\_\_\_\_\_

**DOMANDA DI AMMISSIONE****M094**

ED.1 REV 3 DEL 01/04/2019

FONDAZIONE CASA RIPOSO S. GIUSEPPE ONLUS

PAG. 4 di 6

**Allegato 2****DICHIARAZIONI DI IMPEGNO: PAGAMENTO RETTA - VERSAMENTO DEPOSITO CAUZIONALE**

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ del Sig. \_\_\_\_\_

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_ del Sig. \_\_\_\_\_

1) riconoscendo la sussistenza di obblighi alimentari ovvero di obblighi morali nei confronti dell'ospite Sig/Sig.ra \_\_\_\_\_ si obbliga a corrispondere, per il soggiorno del/della stesso/a presso la Struttura denominata "R.S.A. con funzioni di Mantenimento" - Fondazione Casa di Riposo San Giuseppe ONLUS" - l'intera retta/tariffa giornaliera così come determinata annualmente dal Consiglio di Amministrazione e differenziata a seconda delle condizioni dell'ospite e delle caratteristiche della camera, accettando fin d'ora tutti gli eventuali aumenti e/o modifiche che verranno apportati alla retta/tariffa stessa dall'Amministrazione della Fondazione, fatto salvo l'obbligo di comunicazione entro il termine previsto.

Tale obbligo viene assunto sia individualmente che in via solidale con l'Ospite e gli altri eventuali garanti e con espresso esonero di Codesta Fondazione dall'obbligo della preventiva escussione del debitore principale.

L'obbligo avrà inizio dalla data di ingresso dell'Ospite in struttura e perdurerà fino alla sua dimissione.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere consapevole ed a conoscenza che in caso di inosservanza dell'obbligo assunto con la firma in calce alla presente dichiarazione, la Fondazione si riserva sia il diritto di dismettere l'Ospite sia quello di attivarsi per il recupero delle somme dovute.

Il pagamento della retta dovuta dovrà avvenire entro il giorno cinque del mese di riferimento, con accredito a favore della "Fondazione Casa di Riposo San Giuseppe Onlus", sul codice IBAN della stessa:

**IT 97 N 03 33 24 89 60 00 00 01 91 09 60 - BANCA PASSADORE & C. SPA - FILIALE DI BORDIGHERA**

2) a titolo di garanzia circa il regolare versamento della retta di ospitalità, all'atto dell'ingresso in Struttura, l'Ospite o chi di seguito sottoscrive la presente obbligandosi, dovrà versare un deposito cauzionale infruttifero del valore pari ad Euro 1.450,00. Tale deposito sarà dedotto, a suo tempo, in sede di chiusura contabile del rapporto con l'Ospite

Bordighera, lì \_\_\_\_\_

**In fede**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DOMANDA DI AMMISSIONE****M094**

ED.1 REV 3 DEL 01/04/2019

FONDAZIONE CASA RIPOSO S. GIUSEPPE ONLUS

PAG. 5 di 6

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

Il sottoscritto/a

Nome e Cognome

-----

Codice Fiscale

-----

Luogo di nascita

-----

Data di nascita

-----

Ricevuta, letta e compresa l'informativa relativa all'utilizzo dei miei dati personali (di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679), da parte del Titolare del Trattamento Fondazione Casa di Riposo San. Giuseppe Onlus secondo le finalità riportate di seguito:

Registrazione dei pazienti e gestione amministrativa, Attività di Fisioterapia e Riabilitazione, Cura ed Assistenza Sanitaria, Assistenza Socio Sanitaria, Attività Ricreativa, Servizio di Ristorazione, Tenuta dei Registri contabili ed adempimenti fiscali.

In relazione al trattamento dei miei dati personali, specificatamente quelli sensibili e quelli relativi alla salute (art. 9 Regolamento UE 2016/679), sono a conoscenza e prendo atto che il trattamento riguarda, tra le altre, le seguenti tipologie di dati:

**Origini etniche (Dati sensibili); Convinzioni religiose; (Dati sensibili); Stato di salute - patologie attuali (Dati relativi alla salute); Stato di salute - terapie in corso (Dati relativi alla salute); Stato di salute (Dati relativi alla salute)**

Preso atto del mio diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento

CONSENTO

NON CONSENTO

al trattamento dei miei dati personali da parte del Titolare, per le finalità sotto riportate (art. 7 Regolamento 2016/679):

**Registrazione dei pazienti e gestione amministrativa, Attività di Fisioterapia e Riabilitazione, Cura ed Assistenza Sanitaria, Attività Socio Sanitaria, Attività Ricreativa, Servizio di Ristorazione, Tenuta dei Registri contabili ed adempimenti fiscali.**

Bordighera, -----

Firma dell'interessato

-----



**DOMANDA DI AMMISSIONE**

**M094**

ED.1 REV 3 DEL 01/04/2019

FONDAZIONE CASA RIPOSO S. GIUSEPPE ONLUS

PAG. 6 di 6

**IN CASO DI INDISPONIBILITÀ DELL'INTERESSATO  
COMPILARE E FAR SOTTOSCRIVERE IL RIQUADRO SOTTOSTANTE**

Letto e sottoscritto in luogo del diretto interessato

da \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

In qualità di:

- tutore, curatore, amministratore di sostegno (allegare fotocopia del documento di identità del firmatario e documentazione attestante la nomina ed i relativi poteri del legale rappresentante)

- accompagnatore delegato dal diretto interessato o da chi esercita legalmente la potestà (allegare fotocopia di documento di identità del firmatario)

consapevole delle sanzioni penali e civili, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità, dichiara di aver ricevuto delega per gestire i rapporti con la Società, comprensiva della possibilità di rilasciare le dichiarazioni ed i consensi riportati sul presente modulo, dal diretto interessato o da chi ne esercita legalmente la potestà, al quale comunicherà i contenuti dell'informativa sopra citata, o medico curante che sottoscrive il presente modulo per impossibilità del diretto interessato

Bordighera,.....

Firma

\_\_\_\_\_