

**Spett. PIO RICOVERO INABILI AL LAVORO O.N.L.U.S.**

**ALLEGATO D**

**2) Domanda di ammissione presentata da terza persona**

Il/la Sottoscritto/a \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in  
via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ qualità \_\_\_\_\_ di  
\_\_\_\_\_ del/la Sig/ra \_\_\_\_\_  
impedito/a a rendere dichiarazione per ragioni connesse allo stato di salute

**C H I E D E**

che il/la Sig /ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

venga ammesso presso codesta RSA alle condizioni indicate nel contratto di assistenza socio-sanitaria, nel regolamento dell'Ente e nella Carta dei Servizi dei quale dichiara di aver ricevuto copia e preso visione.

**SI IMPEGNA**

1. Ad accompagnare il/la Sig. /ra \_\_\_\_\_ presso la R.S.A. entro 3 giorni dalla comunicata disponibilità del posto letto. La eventuale rinuncia comporta la cancellazione dalla lista d'attesa della R.S.A.
2. Ad effettuare il pagamento della retta di degenza stabilita dalla amministrazione della R.S.A. come indicato nel contratto di assistenza socio-sanitaria, eventualmente in solido con altri soggetti obbligati ed indicati nel contratto medesimo.
3. A fornire tutti i dati e la documentazione che verranno richiesti al momento dell'ingresso, ed in particolare:
  - i nominativi e indirizzi completi dei parenti
  - gli esiti di esami ematici e strumentali e delle visite specialistiche effettuate recentemente
  - altre notizie anagrafiche (n° figli maschi e femmine, stato civile, ecc....)
  - altre notizie sulle abitudini di vita

Castenedolo, lì \_\_\_\_\_

Il/la richiedente \_\_\_\_\_

Per ospiti capaci di intendere e volere

**CONSENSO INFORMATO PER IL RICOVERO IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (R.S.A.)**

Io sottoscritto sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_

Sono stato/a informato/a dal mio Medico Curante e/o dagli operatori del Distretto di Rezzato che, date le mie condizioni di salute e la mia condizione familiare e abitativa, la permanenza al domicilio non rende possibile garantire un livello adeguato di cure per cui si rende necessario il trasferimento presso una Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.).

Mi è stato spiegato che:

- La RSA è una struttura che accoglie ed assiste persone anziane che hanno bisogno di essere assistite nelle abitudini di vita quotidiane;
- L'assistenza viene erogata da un'equipe formata da medici, infermieri, psicologo, animatore, fisioterapisti, operatori socio-sanitari, ausiliari socio-assistenziali, secondo programmi di assistenza individualizzata;

Avendo compreso quanto mi è stato spiegato, e avendo letto quanto sopra, acconsento al ricovero in R.S.A. nei termini ed alle condizioni sopra specificate.

Firma dell'assistito /del legale rappresentante\* \_\_\_\_\_

Firma del familiare \_\_\_\_\_

\* Se l'assistito è interdetto o inabilitato o assistito da un amministratore di sostegno. Allegare fotocopia del decreto e di un documento di riconoscimento del legale rappresentante.