

**Modulo per la presentazione della RICHIESTA DI AMMISSIONE RESIDENZIALE**



FONDAZIONE  
MONS. COMI  
O N L U S

**Residenza Sanitaria Assistenziale**

Via Forlanini, 6 - 21016 Luino (VA) - Tel.  
0332/542311 - Fax. 0332/511.226 - e-mail:  
info@fondazionecomi.it - sito web:  
www.fondazionecomi.it - C.F. 84002350126 -  
P.IVA 02191770128

Parte riservata all'Istituto:

PROTOCOLLO \_\_\_\_\_

Annotazioni:

**DATI DELLA PERSONA DI CUI SI CHIEDE IL RICOVERO :**

MASCHIO  FEMMINA

COGNOME - NOME: \_\_\_\_\_

(per le femmine): eventuale COGNOME acquisito: \_\_\_\_\_

STATO CIVILE \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

nato/nata il \_\_\_\_\_ Comune (o Stato Estero di nascita) \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

CODICE ASSISTITO (rilevato su Tessera Regionale Sanitaria): \_\_\_\_\_

numero figli maschi \_\_\_\_\_ numero figlie femmine \_\_\_\_\_

scolarizzazione \_\_\_\_\_ professione prima della pensione \_\_\_\_\_

**INDICARE IL PRINCIPALE MOTIVO DELLA RICHIESTA DI RICOVERO (scegliere una risposta):**

- la persona da ricoverare ha perso l'autonomia fisica / psichica  
 l'attuale alloggio non è più idoneo  
 la persona da ricoverare vive solo/a  
 la famiglia non è in grado di provvedere alla sua salute  
 altre motivazioni; precisare: \_\_\_\_\_

**INDICARE SE LA PERSONA DA RICOVERARE E':**

- NON AUTOSUFFICIENTE PARZIALE / TOTALE (NAT): **retta giornaliera omnicomprensiva € 65,30**  
 malato di ALZHEIMER: **retta giornaliera omnicomprensiva € 67,80**  
 camere SOLVENTI dal 01.01.2015 al 31.05.2015: **retta giornaliera € 79,00**  
 camere SOLVENTI DAL 01.06.2015 AL 30.09.2015: **retta giornaliera € 89,00**  
(supplemento per camera singola € 10 giornalieri)

**INDICARE SE LA PERSONA DA RICOVERARE USUFRUISCE DI:**

- >> BUONO SOCIO SANITARIO:  SI  NO  Ha presentato domanda  
>> ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO:  SI  NO  Ha presentato domanda  
>> ASSISTENZA DOMICILIARE integrata:  SI  NO  Ha presentato domanda  
>> VOUCHER:  SI  NO  Ha presentato domanda

**ONERE DELLA RETTA:**

- IN PROPRIO  A PARZIALE CARICO COMUNE  A TOTALE CARICO COMUNE

**INDICARE SE PER LA PERSONA DA RICOVERARE E' STATO NOMINATO UN:**

- TUTORE  CURATORE  AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

**DATI DELLA PERSONA CHE INOLTRA LA DOMANDA DI RICOVERO :**

NOME - COGNOME: \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

Grado di parentela con la persona da ricoverare \_\_\_\_\_

nato/nata il \_\_\_\_\_ Comune (o Stato Estero di nascita) \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

numeri telefono di riferimento \_\_\_\_\_

**ALTRE PERSONE DI RIFERIMENTO :**

NOME - COGNOME: \_\_\_\_\_

Grado di parentela con la persona da ricoverare \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

numeri telefono di riferimento \_\_\_\_\_

La presente domanda di ricovero **ha validità di un anno** dalla data di inoltro: trascorso tale termine dovrà essere rinnovata allegando la certificazione medica aggiornata.

Il/la sottoscritto/a **si impegna**, al momento dell'ammissione dell'ospite, al pagamento totale della retta stabilita per tutto il periodo di degenza.

**Autocertificazione di Stato di famiglia :**

Consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti dall'art.76 del DPR 445/2000 sono puniti ai sensi del codice penale e delle Leggi speciali in materia, **DICHIARA** che la famiglia della persona di cui si chiede il ricovero risulta così composta:

1) \_\_\_\_\_  
(Cognome - nome) (nato/a a:) (il)

2) \_\_\_\_\_  
(Cognome - nome) (nato/a a:) (il)

3) \_\_\_\_\_  
(Cognome - nome) (nato/a a:) (il)

4) \_\_\_\_\_  
(Cognome - nome) (nato/a a:) (il)

5) \_\_\_\_\_  
(Cognome - nome) (nato/a a:) (il)

**ALLEGA** alla presente domanda CERTIFICAZIONE MEDICA attestante lo stato di salute della persona da ricoverare.

**Informativa privacy D.lgs. nr. 196/2003**

I dati acquisiti sono utilizzati esclusivamente a scopi amministrativi per la presentazione della domanda di ricovero e la gestione delle comunicazioni e degli adempimenti conseguenti. Per nessun motivo tali dati saranno resi pubblici o ceduti a terzi. In ogni momento è possibile avere accesso ai propri dati chiedendone l'aggiornamento o la cancellazione ai sensi della normativa vigente. In caso di assenza del consenso al trattamento dati la Fondazione non potrà accogliere la presente domanda.

**Consenso**

In relazione alla presente domanda ed in ottemperanza agli obblighi previsti dalla legge sulla tutela dei dati personali, previa informativa di cui all'art.13 D.lgs. nr. 196/2003, con la presente si esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali.

data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_