

**Richiesta Ricovero e Inserimento in lista d'attesa RSA Mantenimento**

DICHIARAZIONE  
 (Art.46 e 47 DPR 445 del 28 Dicembre 2000)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
 Nato/a a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 Residente a: \_\_\_\_\_  
 via: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
 in qualità di : \_\_\_\_\_  
 documento identità : \_\_\_\_\_ mail: \_\_\_\_\_

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa", consapevole della decadenza dei benefici di cui all'art. 75 D.P.R. 445/2000 e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità;

**DICHIARA (ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000 s.m.i)<sup>1</sup>**

- Che il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ dopo aver ricevuto la Valutazione Multidimensionale con livello assistenziale autorizzato dal CAD di Residenza, ha manifestato la volontà di voler essere inserito in lista d'attesa e volersi ricoverare presso una R.S.A. di Mantenimento Alto o Basso e di impegnarsi a inviare via mail l'eventuale rinuncia definitiva al ricovero o l'eventuale richiesta di rinuncia temporanea con mantenimento in lista d'attesa, per gravi motivazioni e possibilità di nuova chiamata (per non più di una volta).
- In qualità di Amministratore di Sostegno o Tutore Legale del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ dopo aver ricevuto la Valutazione Multidimensionale con livello assistenziale autorizzato dal CAD di Residenza, di manifestare la volontà di voler inserire in lista d'attesa e voler ricoverare presso una R.S.A. di Mantenimento Alto o Basso il proprio assistito e di impegnarsi a inviare via mail l'eventuale rinuncia definitiva al ricovero o l'eventuale richiesta di rinuncia temporanea con mantenimento in lista d'attesa, per gravi motivazioni e possibilità di nuova chiamata (per non più di una volta).

**INDICARE ALMENO 3 PREFERENZE IN CASO DI PERSONA RICOVERATA PRESSO UNA STRUTTURA OSPEDALIERA (INSERIRE NELLE CELLE I NUMERI DA 1 A 3 o oltre, su 12)**

Scelta	Struttura	Indirizzo	Città	R.S.A.
	Nomentana Hospital	Viale Berloco, 60	Fonte Nuova	Mantenimento Alto - Basso
	Gli Annali	Via degli Annali	Cineto Romano	Mantenimento Alto - Basso
	Medicus Hotel	P.le S. Giovanni di Dio	Tivoli	Mantenimento Alto - Basso
	Villa Luana	Località Valle Orlando	Poli	Mantenimento Alto
	Italian Hospital Group	Via Tiburtina, 188	Guidonia	Mantenimento Alto
	Rio Oasi	P. Sebastiani	Riofreddo	Mantenimento Alto
	Aurora Hospital	Via S. Ambrogio, 1	Colleferro	Mantenimento Alto
	Colle Cesarano	Via Maremmana inf. Km 3,200	Tivoli	Mantenimento Alto - Basso
	Icilio Giorgio Mancini	Via Icilio G. Mancini, 12	Arcinazzo Romano	Mantenimento Alto
	Fondazione Filippo Turati	Via Colle del Pero, 1	Zagarolo	Mantenimento Alto
	Maria Immacolata	Piazza Roma, 5	Nerola	Mantenimento Alto - Basso
	RSA Regina Pacis	Corso Garibaldi, 24	Colleferro	Mantenimento Basso

Tivoli, \_\_\_\_\_

Il/La DICHIARANTE  
 \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Tale dichiarazione si intende comprensiva del consenso informato ai sensi del GDPR 679/2016 s.m.i

## VADEMECUM ASL ROMA 5

### COMPILAZIONE E TRASMISSIONE MODULISTICA PER ACCESSO IN RSA PRIVATE ACCREDITATE

Per l'inserimento nelle liste d'attesa della ASL Roma 5 occorre:

1. Compilare e Verificare (a cura del soggetto che ha richiesto la Valutazione per accesso in RSA) i dati inseriti nella modulistica "**Allegato 7 - Richiesta Ricovero e Inserimento in lista d'attesa RSA Mantenimento**", inerente la scelta delle strutture RSA " indicando almeno 3 strutture (se persona ricoverata presso Struttura Ospedaliera), specificando l'ordine di preferenza da 1 a 3 su 12 e apporre data e firma;
2. Datare e firmare il modulo di "**Consenso al trattamento dei dati personali**", sul primo e sull'ultimo foglio;
3. Allegare copia del Modello autorizzativo dell'Unità Valutativa Territoriale rilasciato dal CAD del Distretto Sanitario di residenza in corso di validità;
4. Documento d'identità dell'assistito/a o interessato/a (carta d'identità e tessera sanitaria) in corso di validità;
5. Eventuale modulo di "**delega generica**" con il documento del delegato (in corso di validità);
6. Documento dell'Amministratore di Sostegno/Tutore Legale/Curatore (in corso di validità) e relativo decreto di nomina rilasciata dal Tribunale;
7. Contatti telefonici e mail/pec.

I moduli di cui ai punti n. 1, 2 e 5 dovranno essere sottoscritti e compilati con i propri dati dal contatto o da un suo delegato e sono reperibili sul sito della ASL Roma 5 cliccando sulla Home Page in alto nella sezione "Sportello utenza" > "Modulistica"> "Modulistica Assistenza Domiciliare/Residenziale Integrata e cure palliative" oppure cliccando sulla Home Page in alto nella sezione "Azienda" > "Direzione Sanitaria" > "COT-A Centrale Operativa Aziendale".

**Tale documentazione dovrà pervenire via mail agli indirizzi : [ufficioricoverirsa@aslroma5.it](mailto:ufficioricoverirsa@aslroma5.it) e [cot@aslroma5.it](mailto:cot@aslroma5.it)**

oppure in caso di impossibilità all'utilizzo della posta elettronica (E-mail), potrà essere consegnata all'Ufficio Ricoveri RSA ASL Roma 5 presso il Presidio Ospedaliero San Giovanni Evangelista sito in Via Antonio Parrozzani n. 3 Tivoli (Roma) - 4° Piano Ala "C", nei giorni e orari riportati a seguire.

#### **Ufficio Gestione lista di attesa RSA private accreditate**

Tel. 0774/3164585 – 0774/3164560

mail: [ufficioricoverirsa@aslroma5.it](mailto:ufficioricoverirsa@aslroma5.it)

Raggiungibile telefonicamente:	Orario di ricevimento al pubblico:
Dal lunedì al venerdì ore 9:00 - 14:00	Dal lunedì al venerdì ore 10:00 - 12:00

Il Servizio provvede all'inserimento nelle liste d'attesa per i ricoveri degli ospiti presso le strutture di R.S.A. (Residenze Sanitarie Assistenziali) Accreditate di Mantenimento Alto e Basso, istituzionalmente insistenti sul territorio Aziendale (ASL RM5).

**Asl Roma 5** t +39.0774.317711  
Via Acquaregna 1/15 [www.aslroma5.it](http://www.aslroma5.it)  
00019 Tivoli p.iva 04733471009

Inviare il modulo via @-mail:  
[ufficioricoverirsa@aslroma5.it](mailto:ufficioricoverirsa@aslroma5.it)  
[cot@aslroma5.it](mailto:cot@aslroma5.it)