

Distretto di _____

MODULO RICHIESTA RSA

Il sottoscritto _____ C. F. _____

Nato a _____ il _____ residente a _____

Via _____ tel _____ @-mail _____

orari di reperibilità _____ in qualità di _____

CHIEDE**la valutazione multidisciplinare per l'accesso in RSA**

del Sig. _____ nato a _____

il _____ residente a _____ Via _____

Attualmente domiciliato in _____ tel. _____
(indicare l'indirizzo di valutazione)

Medico di base _____ tel. _____

A tal fine dichiara che il Sig. _____E' già a carico dei servizi sociosanitari pubblici ☐ SI ☐ NOAssistenza economica ☐ Assistenza Domiciliare Sociale ☐ Assistenza CAD ☐

Casa di riposo _____ Centro di riabilitazione _____

Ospedale o Casa di cura _____

Stato Giuridico:Soggetto di diritto ☐Soggetto posto a curatela ☐Soggetto posto a tutela ☐**Sesso :**maschio ☐femmina ☐

Stato Civile:Celibe/Nubile ☐Coniugato/a ☐Vedovo/a ☐Separato/a ☐Divorziato/a ☐**Titolo di studio:**Senza titolo di studio ☐Licenza elementare ☐Licenza media inferiore ☐Licenza media superiore ☐**Professione esercitata in età lavorativa****Ramo di attività:**Agricoltura ☐Industria ☐Commercio, Alberghi; Pubblici esercizi ☐Pubblica Amministrazione, Servizi (pubblici-privati) ☐Dirigente ☐Impiegato ☐Imprenditore ☐Lavoratore in proprio o coadiuvante ☐Lavoratore dipendente ☐**Condizione non professionale:**Casalinga ☐Invalido ☐Altro ☐**Pensione percepita:**Sociale ☐Vecchiaia ☐Invalidità ☐Reversibilità ☐Assicurazione ☐Vitalizio ☐Assegno di accompagnamento ☐Altro ☐Nessuna ☐**Ha a disposizione un alloggio?**SI ☐NO ☐Di proprietà ☐In casa con i figli ☐Di altri parenti ☐In affitto ☐

Canone mensile € _____

E' adeguato?

SI ☐NO ☐

Composizione del nucleo dei conviventi:

Solo/a ☐ Con coniuge ☐ Anno di nascita _____
 Con figli ☐ Anno di nascita _____
 Anno di nascita _____
 Anno di nascita _____
 Con genitori ☐ Altri parenti ☐ Altri non parenti ☐ Personale retribuito ☐

Familiari tenuti all'obbligo degli alimenti ai sensi art.433 Codice Civile:

C.F. _____ Cognome Nome _____

C.F. _____ Cognome Nome _____

Reddito totale anno solare precedente _____

E' titolare di :Pensione sociale SI ☐ NO ☐Assegno di accompagnamento SI ☐ NO ☐

Pensione di reversibilità _____

Pensione di guerra _____

Altri redditi (importo annuo) _____

Rendita o pensione da rapporto di lavoro o altro titolo _____

Assegno Invalidità Civile _____

Pensione ciechi parziali o assoluti _____

Indennità di comunicazione _____

Rendite da Patrimonio _____

Altro _____

Totale € _____

•Ho dichiarato quanto sopra valendomi della disposizione di cui agli Artt. 2 e 4 della Legge 4 gennaio 1968 n° 15, e consapevole delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni degli Artt. 483,495 e 496 del C:P.; ai sensi e per gli effetti dell'art. 24 della Legge 13 Aprile 1977, n° 114, sotto la mia personale responsabilità

•L'atto della richiesta è comprensivo del consenso dell'interessato alla divulgazione dei propri dati personali

Si allegano documenti di identità in corso di validità e modulo di richiesta del medico curante

Data _____ Firma _____