



Fondazione per Anziani Isidoro Cappi - ETS -

Via Cappi, 34
46025 Poggio Rusco – Mn -
REP. N. 169204 "Altri Enti del Terzo Settore"
(art. 22 D.lgs. 117/2017 e art. 16-17-34 D.M. 106/2020)
C.F. 80018910200
P.I. 01591210206

AMMINISTRAZIONE 0386/733200
REPARTO 0386/734396
E-MAIL inforsa@isidorocappi.it
SITO ISIDOROCAPPI.IT

Poggio Rusco, li _____

DOMANDA DI ACCOGLIMENTO RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

e residente in _____ Via _____ n. _____

Codice Fiscale _____

In qualità di _____

Recapito telefonico _____ Cell. _____

Mail _____

CHIEDE L'ACCOGLIMENTO PER

Cognome e Nome _____

Luogo e data di nascita _____ Età _____

Residente in _____ Via _____ n. _____

Tessera Sanitaria _____ Codice Fiscale _____

Provenienza:

- ☐ dal domicilio;
- ☐ da altra struttura RSA;
- ☐ dall'Ospedale;
- ☐ da Istituto di Riabilitazione;

TIPO DI RICOVERO

- ☐ a tempo determinato
- ☐ posto autorizzato
- ☐ a tempo indeterminato
- ☐ accreditato

Allo scopo dichiara:

- di impegnarsi al pagamento della retta mensile di degenza determinata dalla Fondazione per Anziani Isidoro Cappelletti – ETS (ai sensi dell'art. 433 del Codice Civile);
- di aver ricevuto il Regolamento di accoglimento della Fondazione per Anziani Isidoro Cappelletti – ETS e l'Allegato 1).

Data, _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Consenso al trattamento dei dati.

Ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs 196/2003, consenso al trattamento dei dati personali e sanitari per le finalità inerenti la presente domanda, il ricovero e gli adempimenti relativi da parte della Fondazione.

Data, _____

FIRMA _____

ALLEGATO 1)

TARIFFE IN VIGORE DAL 01/01/2026

Retta giornaliera Residenza Sanitaria Assistenziale ricovero accreditato	€ 68,00.
Retta giornaliera Residenza Sanitaria Assistenziale ricovero autorizzato	€ 85,00.
Retta giornaliera Residenza Sanitaria Assistenziale ricovero autorizzato con Utilizzo momentaneo di OSSIGENO a carico della Struttura	€ 95,00.

RICHIESTA DI AMMISSIONE

Data di presentazione della RICHIESTA DI AMMISSIONE del/...../.....

Nome Cognome

Cognome Marito Eventuale soprannome

Nato/a a Prov. il

Residente Prov. Via

Cittadinanza ATS residenza

Scolarità: ☐ Nessuna ☐ Elementari ☐ Medie Inferiori ☐ Medie Superiori ☐ Università

Ultima professione

Stato Civile: ☐ 1.celibe/nubile ☐ 2.coniugato/a ☐ 3.separato/a ☐ 4.divorziato/a

☐ 5.vedovo/a ☐ 6.non dichiarato

Numero figli maschi Numero figlie femmine

Codice fiscale Tessera Sanitaria

Tipo della domanda ☐ 1.Nuova domanda ☐ 2.Domanda presentata in precedenza

☐ 3.Inserimento avvenuto ☐ 4.Rinuncia temporanea

☐ 5.Rinuncia definitiva ☐ 6.Decesso

Motivo della domanda ☐ 0.Dato non rilevato ☐ 1.Ha perso l'autonomia fisica/psichica

☐ 2.Vive solo ☐ 3.La famiglia non è in grado di provvedere

☐ 4.L'alloggio non è idoneo ☐ 5.Altro

Iniziativa della domanda ☐ 0.Dato non rilevato ☐ 1.Soggetto stesso

☐ 2.Famigliare o affine ☐ 3.Assistente sociale o altri servizi

☐ 4.Medico ☐ 5.Tutore ☐ 6.Altro

Tipologia Assistenziale ☐ 1.Ricovero ordinario ☐ 2.Autorizzato (Solvente)

Soggetto con buono socio-sanitario ☐ Dato non rilevato ☐ Si

☐ No in lista d'attesa ☐ No

Soggetto con assegno di accompagnamento ☐ Dato non rilevato ☐ Si

☐ No domanda presentata ☐ No

Soggetto in ADI ☐ Dato non rilevato ☐ Si ☐ No

Provenienza ospite:

- ☐ 1. Soggetto che accede direttamente alla Struttura dal domicilio
- ☐ 2. Soggetto in dimissione da Struttura psichiatrica
- ☐ 3. Soggetto in dimissione da Struttura sanitaria (ospedaliera) accreditata
- ☐ 4. Soggetto in dimissione da Struttura sanitaria (ospedaliera) non accreditata
- ☐ 5. Soggetto in dimissione da Istituto di riabilitazione
- ☐ 6. Soggetto in dimissione da altro regime o tipologia (Centro diurno integrato o ricovero a pagamento – ricovero di sollievo – emergenza o pronto intervento)
- ☐ 7. Soggetto in dimissione da altra Struttura (Centro diurno integrato o ricovero a pagamento – ricovero di sollievo – emergenza o pronto intervento in altre RSA)
- ☐ 8. Altro

Onere della retta:

- ☐ 1. SSR (a totale carico del Servizio Sanitario Regionale – dimessi da Ospedali Psichiatrici)
- ☐ 2. Differenza a carico del Comune
- ☐ 3. Differenza a carico dell'ospite
- ☐ 4. Differenza sia a carico del Comune che dell'ospite
- ☐ 5. A totale carico dell'ospite
- ☐ 6. Differenza a carico di altri Enti

Persone/Parenti di riferimento

Nome Cognome Grado di parentela	Cellulare	Altro telefono
Nome Cognome Grado di parentela	Cellulare	Altro telefono
Nome Cognome Grado di parentela	Cellulare	Altro telefono

Informativa ex art.13 D.L. 196/2003: i dati personali raccolti con questa scheda sono trattati al fine esclusivo della formulazione della lista d'attesa e dell'iter di ingresso in struttura con modalità, anche automatizzate strettamente necessarie a tale scopo. Il conferimento dei dati è facoltativo, in mancanza tuttavia non potremo dar corso al servizio. Titolare del trattamento è il Direttore Amministrativo della Struttura cui la presente è rivolta, al quale potrà rivolgersi per esercitare i diritti di cui all'art.7 (accesso, correzione, opposizione a specifici trattamenti, ecc.).

Per i dati necessari e sufficienti, è possibile, in taluni casi doveroso, che ne sia data comunicazione a:

- ATS., Assessorato Regionale alla Sanità, Assicurazioni ed Enti previdenziali per ragioni amministrative;
- Organi preposti alla vigilanza in materia sanitaria, polizia giudiziaria, per ragioni ispettive o per la stesura di certificazioni e referti;
- Altre strutture sanitarie per la richiesta di particolari accertamenti ed analisi.

Consenso: Lettera informativa, acconsento espressamente al trattamento dei dati personali e/o del mio familiare per il quale la presente è formulata, per la gestione della domanda di ingresso e per le azioni connesse, come sopra specificato.

FIRMA
