

Protocollo n. _____
consegnata il _____
ricevuta il _____

R.S.A. sen. Carlo Perini

Domanda d'ingresso in RSA

INDICE:

1. DATI DEL RICHIEDENTE E DELL'OSPITE
2. DATI COOBBLIGATI
3. RETTE APPLICATE
4. ELENCO DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

1. DATI DEL RICHIEDENTE

Cognome _____ nome _____
residente a _____ prov. _____ via _____
codice fiscale _____ recapiti telefonici _____
nella sua qualità di _____ del sig/ra _____

DATI DELL'OSPITE

Cognome _____ nome _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ prov. _____ via _____
stato civile _____ codice fiscale _____
cittadinanza _____ numero figli: ☐ maschi n. _____ ☐ femmine n. _____
titolo di studio _____ professione pre pensionamento _____
provenienza ospite _____
titolare di pensione: ☐ SI ☐ NO categoria _____ esenzione ticket: ☐ SI ☐ NO
invalidita' civile ☐ SI ☐ NO percentuale _____
indennita' di accompagnamento: ☐ SI ☐ NO (allegare verbale visita medica)
n° tessera sanitaria ATS (ex ASL) _____ Medico curante: _____
ambulatorio in via/viale/piazza _____ città _____ tel. _____
Data di compilazione: _____ Firma del richiedente _____
Firma dell'ospite _____

2. DATI SOGGETTI CHE SOTTOSCRIVERANNO IL CONTRATTO

1) Cognome _____ nome _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ prov. _____ via _____
codice fiscale _____ carta d'identità _____
recapiti telefonici _____
e-mail _____

☐ Parente (grado) _____ ☐ Amministratore di sostegno ☐ Tutore

☐ Comune _____ ☐ Altro _____

Data e firma _____

2) Cognome _____ nome _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ prov. _____ via _____
codice fiscale _____ carta d'identità _____
recapiti telefonici _____
e-mail _____

☐ Parente (grado) _____ ☐ Amministratore di sostegno ☐ Tutore

☐ Comune _____ ☐ Altro _____

Data e firma _____

3) Cognome _____ nome _____
nato/a il _____ a _____ prov. _____
residente a _____ prov. _____ via _____
codice fiscale _____ carta d'identità _____
recapiti telefonici _____
e-mail _____

☐ Parente (grado) _____ ☐ Amministratore di sostegno ☐ Tutore

☐ Comune _____ ☐ Altro _____

Data e firma _____

3. RETTE GIORNALIERE per gli OSPITI della RSA in vigore dall'1.1.2026

ASSISTITI DAL F.S.R.		
TIPOLOGIA CAMERA	RETTA GIORNALIERA PER I PRIMI 60 gg	RETTA GIORNALIERA DAL 61 g
- camera singola	€ 100,00	€ 91,00
- camera a più letti	€ 100,00	€ 84,00

DEPOSITO CAUZIONALE FRUTTIFERO

Per gli ospiti ricoverati in camera singola una somma pari a € 2.000,00

Per gli ospiti ricoverati in camera a più letti una somma pari a € 1.800,00

MAGGIORAZIONE O RIDUZIONE RETTA

Per le assenze temporanee dell'ospite, come ricoveri ospedalieri e/o uscite concordate e programmate superiori a 3 giorni continuativi, verrà operata una riduzione sulla retta nella misura di € 7,00 giornaliera.

Per coloro che desiderano l'installazione di un apparecchio telefonico in camera verrà richiesto un contributo di € 10,00 mensili (oltre a eventuali addebiti per telefonate in uscita).

MODALITÀ PAGAMENTO

Dall'ingresso in struttura la retta deve essere corrisposta alla Fondazione Giuseppe Restelli ONLUS solo a mezzo SDD - SEPA DIRECT DEBIT (autorizzazione permanente di addebito in conto corrente) in forma anticipata entro i primi 5 giorni del mese, al costo di € 5,00 per pagamento.

Firma per accettazione

Firma dell'ospite _____

Firma dei soggetti coobbligati 1) _____ 2) _____ 3) _____

Data _____

3. RETTE GIORNALIERE per gli OSPITI della RSA nucleo Alzheimer in vigore dall'1.1.2026

ASSISTITI DAL F.S.R.		
TIPOLOGIA CAMERA	RETTA GIORNALIERA PER I PRIMI 60 gg	RETTA GIORNALIERA DAL 61 g
- camera a più letti	€ 100,00	€ 90,00

DEPOSITO CAUZIONALE FRUTTIFERO

Per gli ospiti ricoverati in camera a più letti una somma pari a € 2.00,00

MAGGIORAZIONE O RIDUZIONE RETTA

Per le assenze temporanee dell'ospite, come ricoveri ospedalieri e/o uscite concordate e programmate superiori a 3 giorni continuativi, verrà operata una riduzione sulla retta nella misura di € 7,00 giornaliera.

Per coloro che desiderano l'installazione di un apparecchio telefonico in camera verrà richiesto un contributo di € 10,00 mensili (oltre a eventuali addebiti per telefonate in uscita).

MODALITÀ PAGAMENTO

Dall'ingresso in struttura la retta deve essere corrisposta alla Fondazione Giuseppe Restelli ONLUS solo a mezzo SDD - SEPA DIRECT DEBIT (autorizzazione permanente di addebito in conto corrente) in forma anticipata entro i primi 5 giorni del mese, al costo di € 5,00 per pagamento.

Firma per accettazione

Firma dell'ospite _____

Firma dei soggetti coobbligati 1) _____ 2) _____ 3) _____

Data _____

4. DOCUMENTAZIONE da ALLEGARE alla DOMANDA:

- ☐ Scheda Sanitaria di Ingresso presso le R.S.A. A.T.S. (allegata);
- ☐ Autocertificazione di residenza (allegata);
- ☐ Compilazione modulo di consenso al trattamento dei dati personali e particolari Reg. UE 2016/679 (allegato);

Fotocopie:

- ☐ Tessera sanitaria e tesserino esenzione ticket;
- ☐ Modello Dichiarazione Unico / Modello 730 o idonea certificazione reddituale;
- ☐ Verbale invalidità e/o accompagnamento;
- ☐ Carta d'identità (non scaduta);

DATI SANITARI da ALLEGARE alla DOMANDA (in fotocopia):

a titolo esemplificativo

- principali esami ematochimici e referti diagnostici;
- lettere dimissioni di ricoveri precedenti.

**L'Ente non trattiene documentazione sanitaria personale dell'ospite in originale.
Si prega di consegnare in fotocopia i documenti sanitari richiesti.**