



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'1.1.2025

ASSISTITI DAL F.S.R.		
TIPOLOGIA CAMERA	RETTA GIORNALIERA PER I PRIMI 60 gg	RETTA GIORNALIERA DAL 61 g
- camera singola	€ 100,00	€ 89,00
- camera a più letti	€ 100,00	€ 82,00

#### 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 € 5,00 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 a mezzo SDD - SEPA DIRECT DEBIT (autorizzazione permanente di addebito in conto corrente) in forma anticipata entro i primi 5 giorni del mese.

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'1.1.2025

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	€ 89,00

#### 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 € 5,00 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 a mezzo SDD - SEPA DIRECT DEBIT (autorizzazione permanente di addebito in conto corrente) in forma anticipata entro i primi 5 giorni del mese.

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.**