



SCHEDA DI INSERIMENTO

Tipologia Ricovero	☐ Temporaneo Solvente dal _____ al _____ ☐ Tempo indeterminato Solvente ☐ Tempo indeterminato Contrattualizzato	
Data di presentazione		
Cognome e Nome		
Data e luogo di nascita		
Residenza		
Codice Fiscale		
Situazione familiare	☐ Coniugato / a ☐ Separato / a ☐ Divorziato / a ☐ Celibe / Nubile	☐ Fratelli (n. _____) ☐ Sorelle (n. _____) ☐ Figli (n. _____) ☐ Figlie (n. _____)
Invalidità	☐ Sì ☐ No	Codice _____ Percentuale _____
Codice Esenzione		
Situazione economica	☐ Nessuna pensione ☐ Anzianità / Vecchiaia ☐ Minima / Sociale	☐ Guerra / Infortunio sul lavoro ☐ Reversibilità
Provenienza (Specificare la denominazione della struttura di provenienza)	Denominazione struttura di provenienza _____ ☐ A domicilio senza alcuna assistenza ☐ A domicilio con assistenza domiciliare SAD ☐ A domicilio con assistenza ADI / Voucher sociosanitario ☐ A domicilio con frequenza struttura sociale diurna /semiresidenziale ☐ A domicilio con frequenza struttura sociosanitaria diurna /semiresidenziale ☐ Ricoverato in struttura sanitaria per acuti ☐ Ricoverato in struttura di riabilitazione territoriale ☐ Ospite in altra RSA su posto letto non contrattualizzato	





	☐ Ospite in altra RSA su posto letto a contratto ☐ Ospite in struttura sociale ☐ Ospite in altra tipologia di struttura sociosanitaria ☐ Informazione non nota
--	---

Situazione abitativa	☐ Vive solo /a con badante ☐ Vive solo /a ☐ Vive con altro/i familiare /i convivente ☐ Vive con altro/i familiare /i convivente e badante ☐ Vive con altre persone non parenti e non partner
Tipo di tutela	☐ Amministratore di sostegno ☐ Tutore ☐ Curatore ☐ Nessuna Indicare nominativo responsabile della tutela: _____ _____

GENERALITÀ DELLE PERSONE DI RIFERIMENTO

Cognome e Nome	Grado di parentela	N. telefonico	E - mail

Livello di istruzione	☐ Nessuna scolarità ☐ Licenza elementare ☐ Diploma medie inferiori ☐ Diploma medie superiori in _____ ☐ Laurea in _____ ☐ Altro _____ ☐ Professione pre-pensionamento _____
------------------------------	--





	☐ Interessi _____
--	--

Come ha conosciuto la nostra RSA ?	☐ Direttamente ☐ Servizi Sociali ☐ Medico curante ☐ Medico specialista ☐ Passaparola ☐ Pubblicità ☐ Eventi / manifestazioni ☐ Internet ☐ Altro _____
---	---

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO

- Fotocopia carta d'identità
- Fotocopia codice fiscale
- Fotocopia tessera sanitaria
- Documento relativo alla tutela

EVENTUALI NOTE / OSSERVAZIONI

Data

Ai sensi D.lgs.196/2003 e del Reg. UE 679/2016 si informa che i dati indicati saranno utilizzati esclusivamente al fine di comunicazione/informazione per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo, come regolamentato nella relativa informativa della struttura ricevente

Firma del /i richiedente /i

Firma del /i richiedente /i

Firma del /i richiedente /i

Firma del /i richiedente /i

