

UOC TUTELA DELL'ANZIANO, DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER E DELLE DEMENZE, GESTIONE HOSPICE

Ospitalità in RSA

Tel. 0641435058- 0641435061 Fax 0651009434

E- mail: ricoveri.rsa@aslroma2.it
PEC: rsa.hospice@pec.aslroma2.it

Protocollo n°. _____ / _____

RICHIESTA DI OSPITALITA IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA) PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI ANCHE ANZIANE

Si richiede per il Sig. _____ Codice fiscale _____,

1. l'inserimento nella lista d'attesa per l'ospitalità in RSA nel territorio della ASL ROMA 2 :

LA PRIMA STRUTTURA DISPONIBILE

SOLO QUELLE SOTTO INDICATE:

Mantenimento Alto

Alessandrino

Madonna di Divino Amore

Neurological Center of Latium

Villa Tuscolana

Appia Felice

Magnolia

S. Michele Arcangelo

Longoni

Mendicini

Villa Lucia

Mantenimento Basso

Castello della Quiete

Magnolia

Istituto S. Michele Toti

Longoni

Semi-Residenziale

Longoni

2. Nulla Osta per l'ospitalità in RSA nel territorio di un'altra ASL regionale

A tal fine si allega la seguente documentazione: **fotocopia documento di riconoscimento, fotocopia tessera sanitaria dell'ospite.**

- Sono a conoscenza che la **mancata risposta, entro il termine di 48 ore**, alla comunicazione della disponibilità del posto in RSA, ed il contestuale invito al ritiro dell'autorizzazione, comporterà la retrocessione all'ultimo posto della lista di attesa e che la seconda mancata risposta alla comunicazione della disponibilità del posto in RSA comporterà automaticamente la cancellazione dalla lista di attesa.
- Pertanto mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione di recapito o eventuale rinuncia a seguito di eventi diversi (ricovero in altre strutture, trasferimento, ecc.). L'atto della richiesta è comprensivo del consenso dell'interessato al trattamento per fini istituzionali dei propri dati personali, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003.
- Il sottoscritto dichiara che la domanda è stata redatta con il consenso della persona interessata e che è a conoscenza che la diaria giornaliera di carattere sociale alberghiero è a carico dell'utente e che è possibile presentare la domanda di prestazione integrativa al Municipio competente, muniti di **Modello ISEE Sociosanitario Residenze.**

Generalità del richiedente (Allegare Fotocopia Documento d'identità in corso di validità)

Cognome _____ Nome _____

Indirizzo _____ in qualità di _____

Tel. _____ Cellulare _____ E-mail _____

Data _____

Firma _____