

OPZIONE DI SCELTA PER RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA)

(DA COMPILARE A CURA DEL RICHIEDENTE, DEI FAMILIARI REFERENTI OPPURE DELLA PERSONA DI RIFERIMENTO AI SENSI DELL'ART. 433 C.C.)

Si richiede per il Sig./ra

COGNOME NOME	COD.FISCALE
--------------	-------------

<input checked="" type="checkbox"/>	L'INSERIMENTO NELLA LISTA D'ATTESA PER L'OSPITALITA' IN RSA PER LE STRUTTURE NEL TERRITORIO DELLA ASL ROMA 2
-------------------------------------	--

LA PRIMA STRUTTURA DISPONIBILE

SOLO NELLE STRUTTURE SOTTO INDICATE

MANTENIMENTO BASSO	MANTENIMENTO ALTO	ESTENSIVO PER NON AUTOSUFFICIENTI	INTENSIVO (R1)	SEMIRESIDENZIALE PER DISTURBI COGNITIVO COMPORTAMENTALI
<input type="checkbox"/> CASTELLO DELLA QUIETE	<input type="checkbox"/> ALESSANDRINO	<input type="checkbox"/> LONGONI	<input type="checkbox"/> MEDICA GROUP	<input type="checkbox"/> LONGONI
<input type="checkbox"/> LONGONI	<input type="checkbox"/> MADONNA DEL DIVINO AMORE			
<input type="checkbox"/> MAGNOLIA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGICAL CENTER OF LATIUM			
<input type="checkbox"/> ISTITUTO ROMANO S. MICHELE	<input type="checkbox"/> VILLA TUSCOLANA			
	<input type="checkbox"/> APPIA FELICE			
	<input type="checkbox"/> S. MICHELE ARCANGELO			
	<input type="checkbox"/> MAGNOLIA			
	<input type="checkbox"/> MENDICINI			
	<input type="checkbox"/> LONGONI			
	<input type="checkbox"/> VILLA ARDEATINA			
	<input type="checkbox"/> VILLA LUCIA			

<input type="checkbox"/>	NULLA OSTA PER L'OSPITALITA' IN RSA NEL TERRITORIO DI ALTRA ASL REGIONALE
--------------------------	---

Il/I sottoscritto/i dichiara di essere stato informato che:

- sarà contattato direttamente dalle strutture RSA prescelte per la disponibilità del posto
- la mancata conferma dell'accettazione del posto in RSA al momento della comunicazione della disponibilità comporterà la segnalazione del rifiuto a tutte le altre strutture scelte e la sospensione dell'offerta di accesso per 30 giorni
- la **seconda mancata** conferma all'accettazione del posto in RSA al momento della comunicazione della disponibilità comporterà automaticamente **la cancellazione dalle liste d'attesa**
- in base alla valutazione multidimensionale verrà assegnato all'utente il livello assistenziale più appropriato per le condizioni cliniche
- l'atto della richiesta è comprensivo del consenso dell'interessato al trattamento, per fini istituzionali, dei propri dati personali (D.Lgs n. 196/2003 e s.m.i)

Il/I sottoscritto/i si impegna

- ad allegare la seguente documentazione fotocopia documento di riconoscimento e tessera sanitaria dell'ospite
- a comunicare tempestivamente ogni variazione di recapito o l'eventuale rinuncia a seguito di eventi diversi (ricoveri in altre strutture , trasferimenti etc...)

IL RICHIEDENTE COGNOME NOME		COD.FISCALE	
IN QUALITA' DI			
DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO N.	RILASCIATO DA	IL	
INDIRIZZO	TEL		



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
ROMA 2



REGIONE
LAZIO

DATA	FIRMA LEGGIBILE
------	-----------------