

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](mailto:ricoveri.rsa@aslroma2.it)  
PEC: [rsa.hospice@pec.aslroma2.it](mailto: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 \_\_\_\_\_