ATSSardegna
Azienda Tutela Salute
ASSL Cagliari

ALL'UNITÀ DI VALUTAZIONE TERRITORIALE ASSL Cagliari Distretto di _____

AL SERVIZIO SOCIALE COMUNE di _____

RICHIESTA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE per

☐ **INSERIMENTO IN RSA** RSA 1 scelta _____

RSA 2 scelta _____

RSA 3 scelta _____

☐ **INSERIMENTO IN HOSPICE** _____

☐ **INSERIMENTO IN CDI** CDI scelto: _____

☐ **INSERIMENTO IN CASA PROTETTA / COMUNITA' INTEGRATA**

☐ **ATTIVAZIONE PROGRAMMA "RITORNARE A CASA"**

1) Dati riferiti alla persona di cui si chiede l'inserimento

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a_____ il ____/____/_____ residente a _____

via _____ n° ____ CAP _____ tel _____

codice fiscale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Titolo di studio _____

nominativo del Medico di Medicina Generale _____

2) Dati del richiedente

☐ Parente (indicare i dati del parente) / legale rappresentante

Rapporto di parentela /altro _____

Cognome _____ Nome _____ tel _____

residente a _____ via _____ n° _____ CAP _____

Se la richiesta di inserimento è presentata da persona diversa dall'interessato o dal legale rappresentante è indispensabile acquisire anche il consenso all'inserimento da parte degli altri familiari di pari grado.

data _____/_____/_____ Firma del richiedente _____

Acconsento al trattamento dei dati personali per le finalità connesse all'inserimento in RSA/CDI, con le modalità di cui al D. Lgs 196/2003 e alla comunicazione degli stessi agli enti socio sanitari interessati.

1) Ai sensi del DPR 29.11.2001 e della DGR 25/6 del 13.06.2006 il pagamento della quota sociale è a carico dell'assistito viene fissato con Delibera di Giunta Regionale n 5/31 del 28/01/2016 per la RSA nella misura di Euro 76,93 (per i profili 1, 2,3,4,5) e Euro 70,92 (per i profili 6,7,8,9), e per il CDI nella misura di Euro 38,47 (per i profili 1, 2,3,4,5) e Euro 35,46 (per i profili 6,7,8,9)

2) Allegare copia documento di identità e tessera sanitaria della persona per la quale si chiede l'inserimento e copia documento identità e copia provvedimento di nomina del legale rappresentante o delle persone persone che firmano o esprimono il consenso all'inserimento

data _____/_____/_____ Firma _____