



**Istituto Figlie Santa Maria della Provv.za  
Casa S. Agnese**

Via G. Frua, 4 - 21047 Saronno VA

Tel. 02.960.22.72

P.IVA 01062811003 - CF 02477630582

[www.rsacasasantagnese.it](http://www.rsacasasantagnese.it)

[segreteria@rsacasasantagnese.it](mailto:segreteria@rsacasasantagnese.it)

**DOMANDA DI AMMISSIONE IN RSA**

<b>Cognome e Nome</b>			
<b>Luogo di nascita</b>			
<b>Data di nascita</b>			
<b>Residenza</b>			
<b>Recapito Telefonico - Email di chi compila la domanda</b>	Cellulare _____	Fisso _____	
	Email _____		
<b>Situazione Familiare</b>	<input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Divorziato/a <input type="checkbox"/> Celibe/Nubile	<input type="checkbox"/> Separato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a in _____ <input type="checkbox"/> Fratelli N: _____ <input type="checkbox"/> Sorelle N: _____	<input type="checkbox"/> Figli N _____ <input type="checkbox"/> Figlie N _____
<b>Codice Fiscale</b>	_____		
<b>Invalità</b>	<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> In attesa	Percentuale _____	Codice _____
<b>Codici Esenzione</b>	_____		
<b>Assegno Accompagnamento</b>	<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> In attesa		

<b>Situazione economica</b>	<input type="checkbox"/> Nessuna pensione <input type="checkbox"/> Anzianità/vecchiaia <input type="checkbox"/> Minima/sociale <input type="checkbox"/> Guerra/infortunio sul lavoro <input type="checkbox"/> Reversibilità
<b>Provenienza</b> (Specificare la denominazione della struttura di provenienza)	<input type="checkbox"/> A domicilio senza alcuna assistenza <input type="checkbox"/> A domicilio con assistenza <input type="checkbox"/> A domicilio con frequenza struttura sociale diurna/semiresidenziale <input type="checkbox"/> A domicilio con frequenza struttura sociosanitaria diurna/semiresidenziale <input type="checkbox"/> Ricoverato Rsa _____ <input type="checkbox"/> Ricoverato in struttura sanitaria per acuti _____ <input type="checkbox"/> Ricoverato in struttura per cure intermedie _____ <input type="checkbox"/> Ricoverato in struttura di riabilitazione territoriale _____ <input type="checkbox"/> Altro _____
<b>Situazione abitativa</b>	<input type="checkbox"/> Vive solo con badante <input type="checkbox"/> Vive solo <input type="checkbox"/> Vive con altro/i familiare/i convivente <input type="checkbox"/> Vive con altro/i familiare/i convivente e badante <input type="checkbox"/> Vive con altre persone non parenti
<b>Tutela</b>	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì - Nominativo _____
<b>Indicare tipo di tutela</b>	<input type="checkbox"/> Amministrazione di sostegno <input type="checkbox"/> Tutore <input type="checkbox"/> Curatore

<p style="text-align: center;"><b>Livello di istruzione</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Professione pre pensionamento</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Interessi</b></p>	<input type="checkbox"/> Nessuna scolarità <input type="checkbox"/> Licenza elementare <input type="checkbox"/> Diploma medie inferiori <input type="checkbox"/> Diploma medie superiori in _____ <input type="checkbox"/> Laurea in _____ <input type="checkbox"/> Altro: _____ <input type="checkbox"/> Professione pre pensionamento _____ <input type="checkbox"/> Interessi: _____
<p style="text-align: center;"><b>Situazione vaccinale</b></p>	<input type="checkbox"/> Antinfluenzale : effettuato nell'anno _____ <input type="checkbox"/> Antipneumococcica : <input type="checkbox"/> 1 dose data _____ <input type="checkbox"/> 2 dose _____ <input type="checkbox"/> Zoster <input type="checkbox"/> 1 dose data _____ <input type="checkbox"/> 2 dose _____ <input type="checkbox"/> Covid : <input type="checkbox"/> ciclo primario data _____ <input type="checkbox"/> 3 dose data _____ <input type="checkbox"/> 4 dose data _____ <input type="checkbox"/> 5 dose data _____

### Generalità delle persone di riferimento

Cognome e Nome	Grado di Parentela	N° telefonico	Indirizzo mail

## Documenti da allegare alla richiesta di inserimento

- Fotocopia carta d'identità
- Fotocopia codice fiscale
- Fotocopia tessera sanitaria
- Documento relativo alla tutela
- Certificati di esenzioni dal pagamento del ticket per le prestazioni sanitarie

Note/osservazioni \_\_\_\_\_

---

La presente domanda ha **validità di 2 anni.** per il rinnovo è necessario ripresentare la domanda compilata in ogni sua parte.

Il compilatore, preso atto che, ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, in merito alle dichiarazioni mendaci, alla la falsità negli atti e all'uso di atti falsi nei casi previsti dalla predetta legge sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, sotto la propria responsabilità, dichiara che le informazioni sopra riportate sono complete, esaustive e corrispondenti al vero.

Firma del compilatore \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato/a se consapevole \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_