



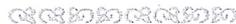
Spett.le FONDAZIONE
CONTE CARLO BUSI ONLUS
Via Formis, 4
26041 CASALMAGGIORE (CR)

Il/La sottoscritt..... _____
nato a _____ il _____
Codice Fiscale _____
residente a _____ Via _____
n° _____ tel. _____ - cellulare _____
in qualità di _____ (REFERENTE PRINCIPALE con cui si
metterà in contatto la RSA)

CHIEDE

il ricovero presso la R.S.A. "Busi" per

me stesso/a,
 il/la Sig./ra _____
nat... a _____ il _____
residente a _____ Via _____
n° _____



TIPOLOGIA DI POSTO RICHIESTO:

POSTO ACCREDITATO: o camera doppia - o camera singola (se disponibile)
 POSTO "SOLVENTE IN PROPRIO": O camera doppia - O camera singola (se disponibile)



INFORMAZIONI RICHIESTE:

Stato civile: celibe/nubile, coniugato/a, separato/a, divorziato/a,
 vedovo/a, non dichiarato

Numero figli maschi: Numero figlie femmine:

Precedente attività lavorativa svolta : _____

Titolo di studio: _____

Situazione pensionistica:

- nessuna pensione, tipo speciale (guerra,...),
 da lavoro minima /sociale,
 reversibilità, altro

Invalidità:

- Sì: indicare la percentuale _____ Sì con accompagnamento

- No se NO è stata inoltrata la domanda? No Sì in quale data? _____

OROBOROOROBORO

TUTELA GIURIDICA:

Amministratore di sostegno/ Tutore: sì no in corso

Indicare numero decreto _____

Indicare nominativo (se diverso dal referente principale) _____

OROBOROOROBORO

Vaccinazione anti covid 19:

non eseguita,

indicare n°dose effettuata: _____ -data ultima somministrazione: _____

OROBOROOROBORO

ALTRE INFORMAZIONI RICHIESTE:

Provenienza del richiedente l'ingresso:

dal domicilio;

da struttura ospedaliera (indicare quale): _____

da istituto di riabilitazione (indicare quale) : _____

Medico di base: dott. _____ tel. _____

Referenti secondari (eventuali):

Nome cognome grado di parentela	Cell.	Tel.
Nome cognome grado di parentela	Cell.	Tel.

Informativa al trattamento dei dati personali (ex art.13 del RE EUROPEO 2016/676): Si informa che la Fondazione "Conte C.Busi" in quanto titolare, tratterà i dati personali e relativi alla salute raccolti con questa scheda al fine esclusivo della formulazione della lista di attesa e dell'iter di ingresso in struttura con modalità, anche automatizzate strettamente necessarie a tale scopo. Il conferimento dei dati è facoltativo: in mancanza tuttavia non potremo dar corso al servizio. Titolare del trattamento è la Fondazione Conte C.Busi cui la presente è rivolta, alla quale potrà rivolgersi per esercitare i diritti di cui accesso, correzione, opposizione a specifici trattamenti, ecc.

Per i dati necessari e sufficienti, è possibile, in taluni casi doveroso, che ne sia data comunicazione a:

- A.S.L., Assessorato regionale alla sanità, Assicurazioni ed enti previdenziali per ragioni amministrative;
- Organi preposti alla vigilanza in materia sanitaria, polizia giudiziaria, per ragioni ispettive o per la stesura di certificazioni e referti;
- Altre strutture sanitarie per la richiesta di particolari accertamenti ed analisi

Consenso: Letta l'informativa, consento espressamente al trattamento dei dati personali miei e/o del mio familiare per il quale la presente è formulata, per la gestione della domanda d'ingresso, e per le azioni connesse, come sopra specificato.

data, _____

FIRMA

Allegati:

-scheda sanitaria di ingresso.

----- RISERVATO ALL'UFFICIO ACCETTAZIONE -----

CONTATTO IN DATA _____

NOTE DI CONTATTO _____

CONTATTO IN DATA _____

NOTE DI CONTATTO _____
