

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 \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

codice fiscale |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Titolo di studio: \_\_\_\_\_ -

#### 2) Dati del richiedente:

Parente (indicare i dati del parente)/legale rappresentante

Rapporto di parentela \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Se la richiesta di inserimento è presentata da persona diversa dall'interessato o da un parente responsabile, il richiedente dovrà obbligatoriamente ottenere il consenso preventivo all'inserimento da parte di questi ultimi.

data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_

**Accenso 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, a carico dell'assistito, viene fissato, a far data dal 01/06/2017, con Delibera di Giunta Regionale n 22/24 del 03/05/2017 per la RSA nella misura di € **72,00** (per i profili 1, 2,3,4,5) e € **58,00** (per i profili 6,7,8,9), per il CDI nella misura di € **36,00** (per i profili 1, 2,3,4,5) e € **29,00** (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 d'identità e copia provvedimento di nomina del legale rappresentante o delle persone che firmano o esprimono il consenso all'inserimento.

data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_