



**CITTÀ DI CORBETTA**  
Prov. di Milano

Timbro Protocollo

*Riservato all'Ufficio*

Resp.: Dr. Francesco Reina Termine: 30 giorni

Proced. n.: Proroga:

**RICHIESTA PER L'AMMISSIONE  
ALLA R.S.A. "DON F. COZZI"**

Il/La sottoscritto/a:

Cognome e Nome

Luogo di nascita Data

Comune di residenza Prov. CAP

Piazza/Via N. civico

Recapito telefonico Altro recapito

CHIEDE l'ammissione alla R.S.A. "Don F. Cozzi":

per se'

*oppure*

per il parente:

Cognome e Nome

Luogo di nascita Data

Comune di residenza Prov. CAP

Piazza/Via N. civico

Domicilio Comune Prov. CAP

Piazza/Via N. civico

Recapito telefonico Altro recapito

grado di parentela:

padre/madre

fratello/sorella

genero/suocera

altro \_\_\_\_\_

DICHIARA, consapevole delle sanzioni penali previste nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/00 e dell'informativa prevista ai sensi dell'art. 10 della D.lgs. 196/2003, quanto segue (*le dichiarazioni sono riferite alla persona per cui si chiede il ricovero*)

**di essere di stato civile:**

celibe/nubile

coniugato/a

separato/a

divorziato/a

vedovo/a;



## SCHEDA SANITARIA

Cognome e nome dell'anziano \_\_\_\_\_

Anamnesi patologica remota \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anamnesi patologica prossima \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Condizioni generali**    Buone    Discrete    Scadute    Cattive

P.A. \_\_\_\_\_ Kg \_\_\_\_\_ F.C. \_\_\_\_\_ Alt. \_\_\_\_\_

Modificazione di peso negli ultimi sei mesi: \_\_\_\_\_

**Deambulazione** (*barrare*):  normale    con appoggio    in carrozzina    allettato

**Altre notizie:**

Portatore di catetere vescicale    Piaghe da decubito    Peg/Sondino nasogastrico

Fumatore (n. \_\_\_\_\_ sigarette/die)    Etilismo

Ricoveri in reparto psichiatrico    In cura presso CPS (centro Psico-Sociale)

In cura presso centro UVA    Disturbi comportamentali

Frequenza centro diurno    Utilizzo servizi ADI

**E' esente da malattie infettive e diffuse? O comunque patologie che possono pregiudicare la vita di comunità**    Si    No

**Diagnosi** \_\_\_\_\_

**Allergie a:**

Farmaci    Si    No specificare \_\_\_\_\_

Altre allergie  Si    No specificare \_\_\_\_\_

**Terapia in atto** (indicare posologia) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Per le patologie di cui è affetto il soggetto è seguito da:

medico curante Dr. \_\_\_\_\_

reparto ospedaliero \_\_\_\_\_

specialista ospedaliero Dr. \_\_\_\_\_

specialista ambulatoriale \_\_\_\_\_

altro (*specificare*) \_\_\_\_\_

Si allega eventuale documentazione sanitaria (relazione medico curante o medico specialista di riferimento).

Data

(Timbro e firma del medico)

**Dal Regolamento della Residenza Sanitaria Assistenziale "Don Felice Cozzi"**

**Art. 21 - Garanzia per il pagamento delle rette**

... "Può essere esentato dalla presentazione della garanzia l'ospite che versi in condizioni socio-economiche tali da non permettere l'assolvimento dell'obbligo. La valutazione è effettuata dall'Assistente Sociale tenendo conto dell'indicatore della situazione economica equivalente dell'ospite e della rete di persone che, per rapporti personali e di parentela, potrebbero essere chiamati ad intervenire ex art. 433 del codice civile." ....

**Art. 22 - Ospiti in condizioni di indigenza**

... "Può essere concessa la riduzione o l'esenzione dal pagamento della retta e dalla prestazione del deposito cauzionale a favore dell'ospite residente nel Comune di Corbetta che versi in condizioni socio-economiche tali da non permettere l'assolvimento dell'obbligo. La valutazione è effettuata dall'Assistente Sociale tenendo conto dell'indicatore della situazione economica equivalente dell'ospite e della rete di persone che, per rapporti personali e di parentela, potrebbero essere chiamati ad intervenire ex art. 433 del codice civile.

La situazione degli ospiti per cui il Comune di Corbetta dispone un intervento economico dovrà essere rivalutata ogni anno al fine di confermare l'ausilio economico." ....

Note:

La presente richiesta, protocollata dal competente ufficio comunale, costituisce l'avvio del procedimento, ai sensi dell'art. 7 della Legge n. 241/90.

**PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO**

**Valutazione Sanitaria**

Giudizio di complessità:  Alta (A)     Media (B)     Bassa (C)

**Valutazione Sociale**

Giudizio di complessità:  Alta (A)     Media (B)     Bassa (C)

**Valutazione complessiva**

Giudizio di complessità:  Alta (A)     Media (B)     Bassa (C)