

N. REGISTRAZIONE _____

DATA _____

Richiesta di Ospitalità
in struttura per persone non autosufficienti, anche anziane

**Si richiede per il Sig./ la Sig.ra
l'inserimento nella lista d'attesa per l'ospitalità in struttura per "persone non autosufficienti, anche anziane"**

ASSISTENZA INTENSIVA presso **LA PRIMA STRUTTURA DISPONIBILE** del territorio della ASL Roma 1
(Ancelle Francescane del Buon Pastore, Policlinico Italia, Villa Domelia, Villa Verde)

ASSISTENZA ESTENSIVA PER DISTURBI COGNITIVO COMPORTAMENTALI GRAVI
(Villa Grazia)

ASSISTENZA DI MANTENIMENTO

Ancelle Francescane del Buon Pastore [A]

San Giuseppe [A e B]

Anni Azzurri-Parco di Veio [A]

Santa Francesca Romana – Don Gnocchi [A]

Don Orione [A]

Santa Lucia dei Fontanili [A]

Nostra Signora del Sacro Cuore [A e B]

San Raffaele Flaminia [A]

Policlinico Italia [A e B]

Villa Aurora [A]

Salus [A]

Villa Chiara [A]

Santa Chiara [B]

Villa Sacra Famiglia [A]

LA PRIMA STRUTTURA DISPONIBILE Villa Verde [A]

A tal fine si allega la seguente documentazione:

(1) Fotocopia documento di riconoscimento (2) Fotocopia tessera sanitaria (3) Copia Scheda Autorizzazione SIRA

Sono informato/a che la mancata risposta, entro il termine di 48 ore dalla comunicazione della disponibilità del posto ed il contestuale invito a contattare la struttura di ricovero, comporterà automaticamente la cancellazione del nominativo dalla lista d'attesa. Pertanto mi impegno a comunicarvi tempestivamente ogni variazione di recapito. 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. I dati verranno trattati nel rispetto della vigente normativa sulla privacy.

GENERALITA' DEL RICHIEDENTE

Cognome.....Nome.....

Indirizzo.....Tel.....

Cell.....Indirizzo E- Mail.....

Grado di parentela.....Documento riconoscimento..... n.....

DATA

FIRMA