

**OPERA CHARITAS S. ANNA**

27026 Garlasco (PV) - tel. 0382 825911 - fax 0382

810185 opera.charitas@libero.it - operacharitas@pec.it

Spazio riservato all'amministrazione

N. Protocollo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Richiesta di ospitalità**Cognome Nome \_\_\_\_\_ Sesso M  F 

Paternità \_\_\_\_\_ Maternità \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ Pr \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Pr \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Professione svolta  
prima del pensionamento \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ titolo di studio \_\_\_\_\_

Stato Civile \_\_\_\_\_ Carta di identità n. \_\_\_\_\_

Nome e cognome del coniuge (anche se vedovo/a) \_\_\_\_\_

Iscrizione liste elettorali del comune di \_\_\_\_\_ fax del comune \_\_\_\_\_

Tessera Sanitaria \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_

Esenzione Ticket  TOTALE   
 PARZIALE  Numero figli viventi MASCHI \_\_\_\_\_ FEMMINE \_\_\_\_\_Invalidità civile   
Accompagnamento  [ Accertamento in corso SI  NO  ]**RICHIESTA DI OSPITALITÀ PRESSO****ORDINE DI PREFERENZA**

RSA "Don Giuseppe Gennaro"  
Via Leonardo da Vinci, 1 - GARLASCO (PV)  
Tel. 0382 825911 Fax: 0382 810185 - opera.charitas@libero.it

RSA "P.G. Balduzzi"  
Via Monti, 16 - VIGEVANO (PV)  
Tel. 0381 340511 Fax: 0381 348057 - pgbalduzzi@libero.it

RSA "Coniugi Lavatelli"  
Via San Giorgio, 24 - CASSOLNOVO (PV)  
Tel. 0381 92145 Fax: 0381 910100 - rsalavatelli@libero.it

RSA "A. Dellacà"  
Via San Michele, 3 - MORTARA (PV)  
Tel. 0384 90032 Fax: 0384 296745 - rsaadellaca@libero.it

RSA "Casa Villa Enrica"  
Via Manara Negrone, 33 - ALBONESE (PV)  
Tel. 0384 52471 Fax: 0384 524732 - rsavillaenrica@libero.it

**PENSIONI IN GODIMENTO**

Ente Erogante	Categoria	Numero	Importo Mensile

## PARENTI O INDIRIZZI DI RIFERIMENTO

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_ Tel/Cel \_\_\_\_\_ e.mail \_\_\_\_\_

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_ Tel/Cel \_\_\_\_\_ e.mail \_\_\_\_\_

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_ Tel/Cel \_\_\_\_\_ e.mail \_\_\_\_\_

---

### SITUAZIONE ABITATIVA

- vive solo
- vive con altro/i familiari/convivente
- vive solo con badante
- vive con altro/i familiari/convivente e badante
- vive con altre persone non parenti e non partner
- informazione non nota

### SITUAZIONE ALLA DATA DELLA RILEVAZIONE

- a domicilio senza alcuna assistenza
- a domicilio con assistenza domiciliare SAD
- a domicilio con assistenza domiciliare Adi/ voucher socio sanitario
- a domicilio con frequenza struttura sociale diurna/semiresidenziale
- a domicilio con frequenza struttura socio
- in altra RSA
- informazione non nota

---

Si impegna a presentare **prima dell'ingresso**: referti medici necessari al ricovero.

Si impegna a presentare **al momento dell'ingresso**:

- eventuale esenzione ticket
- fotocopia eventuale verbale invalidità o domanda
- certificato di residenza in carta libera
- codice fiscale
- TESSERA SANITARIA IN ORIGINALE OVVERO CARTA REGIONALE DEI SERVIZI (CRS)
- carta d' identità
- patente, se posseduta
- certificato elettorale

---

RICORDARSI DI COMPILARE LA RICHIESTA DI OSPITALITA' IN OGNI SUA PARTE E DI FIRMARE: DOMANDA, DICHIARAZIONE IMPEGNATIVA E AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

### ALLEGARE ALLA DOMANDA:

- RELAZIONE SANITARIA
- RELAZIONE ASSISTENZIALE

Oppure:

UTILIZZARE IL MODELLO UNICO DELL'ATS DI PAVIA

PER OGNI INFORMAZIONE

Sito ufficiale: [www.operacharitas.it](http://www.operacharitas.it)

# DICHIARAZIONE IMPEGNATIVA

## (compilazione obbligatoria)

Il FIRMATARIO DELLA PRESENTE DICHIARA

Di assumere a proprio carico l'onere della retta per il/la signor/a: \_\_\_\_\_

Fissata attualmente per l'anno \_\_\_\_\_ in € \_\_\_\_\_ giornaliera;

Di accettare il regolamento dell'Opera Caritas ed in particolare le seguenti condizioni:

1. la retta è comprensiva di tutte le prestazioni date in istituto, come meglio specificato nella carta dei servizi. Sono escluse, in ogni caso, tutte le spese di trasporto.
2. la presente impegnativa non ha scadenza ed è valida fino alle dimissioni dell'ospite. Eventuali delibere a termine prese da Enti Pubblici non hanno efficacia nei confronti dell'Opera Caritas
3. il firmatario della presente si impegna, qualora decidesse di sospendere i pagamenti, a trovare prima una nuova sistemazione per l'ospite. Si impegna, inoltre, a provvedere direttamente per eventuali denunce dei redditi, pratiche per esenzione ticket e quanto altro necessario o richiesto da disposizioni di legge, prendendo atto che gli uffici dell'Opera Caritas sono a disposizione per collaborare nell'espletamento delle pratiche.
4. il firmatario della presente si impegna, qualora chiedesse le dimissioni volontarie dell'ospite a fornire agli uffici AMMINISTRATIVI un preavviso SCRITTO di almeno 15 giorni. Il preavviso dovrà essere controfirmato per conoscenza.
5. In caso contrario saranno trattenuti 15 giorni di importo retta.
6. l'Opera Caritas si riserva la facoltà di dimettere l'ospite che non dovesse più avere i requisiti per rimanere nella Residenza Sanitaria. Anche in questo caso il firmatario della presente si impegna a trovare una nuova sistemazione entro un mese dalla comunicazione delle dimissioni.

Dichiara inoltre

- a. di accettare tutte le variazioni di retta decise dall'Opera Caritas;
- b. di versare all'atto dell'ingresso la somma restituibile di € 1000,00 come anticipo retta. Tale somma sarà integralmente restituita in caso di uscita, dimissione o decesso;
- c. di pagare le rette mensili anticipate entro il 5 del mese per usufruire dello sconto di un euro al giorno;
- d. di rivestire il ruolo di Referente ed unico interlocutore con struttura Opera Caritas; che si occuperà dei pagamenti e/o di altro onere relativo all'ospitalità, ferma restando la responsabilità solidale di tutti i sottoscrittori del contratto d'ingresso;
- e. di fungere da tramite tra la Direzione ogni qualvolta se ne presenti la necessità o l'opportunità per l'Ospite stesso o per la Direzione della RSA;
- f. di prendere atto che la residenza dell'ospite verrà trasferita presso la RSA ai sensi delle vigenti disposizioni di legge (art.43 codice civile) e l'ospite sarà messo in carico al medico della struttura se in posto accreditato ed al medico di base se in posto autorizzato;
- g. di impegnarsi, al momento dell'ingresso, alla firma del contratto di ingresso (DGR 8496/08)
- h. di prendere atto che per esigenze organizzative la RSA potrà effettuare cambi di camera – garantendo sempre la tipologia dell'ospitalità- all'interno dell'istituto;
- i. Di dare disponibilità ad effettuare tutte le pratiche vaccinali consigliate dalle disposizioni di legge (compreso anti-Covid19) qualora le condizioni cliniche dell'Ospite siano idonee;

Per qualsiasi controversia sarà competente il foro di PAVIA.

Data \_\_\_\_\_

COGNOME E NOME leggibile	Grado di parentela	FIRMA

**I FIRMATARI DELLA PRESENTE DEVONO ALLEGARE FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITÀ**

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (nome e cognome), C.F. \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_, Città \_\_\_\_\_, Provincia \_\_\_\_\_,

personalmente

o in qualità di:

tutore/curatore/amministratore di sostegno  familiare\*  Care Giver\*  referente comune  
di \_\_\_\_\_ (nome e cognome), C.F. \_\_\_\_\_

### DICHIARO

Di aver ricevuto l' informativa sul trattamento dei dati personali\*\* e di aver preso conoscenza delle informazioni ivi contenute fornite dal Titolare del trattamento **Opera Caritas S. Anna** P.IVA 01238910184, in persona del legale rappresentante pro-tempore, con sede legale in Via Leonardo Da Vinci 1, 27026, Garlasco (PV) e di prestare libero e informato consenso alle seguenti tipologie di trattamento:

#### A) **Trattamento dei dati sanitari per la generazione e l'archiviazione della cartella clinica mediante software**

##### **CBA modulo CARTELLA SOCIO SANITARIA**

Acconsento

Non Acconsento

Il conferimento dei dati è indispensabile. In assenza non potremo garantirLe l'espletamento delle finalità di cura e terapia da Lei richieste.

La informiamo che, in qualità di interessato, Lei ha il diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso prestato per una o più finalità di trattamento. Tale revoca non pregiudica in alcun modo i trattamenti da noi svolti sulla base del consenso da Lei precedentemente accordatoci.

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato o di chi ne fa le veci \_\_\_\_\_

\*Dichiara di essere consapevole di agire in nome e per conto dell'assistito e di essere stato da questi preventivamente autorizzato a tal fine

\*\*L'informativa sul trattamento dei dati personali è disponibile sul sito [www.operacharitas.it](http://www.operacharitas.it) nella sezione "DOCUMENTI CONSULTABILI"