

All'Amministrazione  
degli I.R.C.E.R.  
Via XX Settembre, 1  
62019 RECANATI (MC)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ e residente in  
\_\_\_\_\_ - Via \_\_\_\_\_,  
telefono n. \_\_\_\_\_,

## CHIEDE

l'ammissione in **Residenza Protetta - posto letto non convenzionato** per:

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ Stato civile \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ - Via \_\_\_\_\_  
grado di parentela \_\_\_\_\_

Ai fini di detta ammissione dichiara quanto segue:

1. il MMG Dott. \_\_\_\_\_ ha richiesto la valutazione di idoneità per l'ingresso presso la Residenza Protetta – posto letto non convenzionato (allegato 1);
2. di impegnarsi a pagare la retta di degenza, sottoscrivendo all'uopo la convenzione predisposta dalla Fondazione;
3. di essere consapevole che l'inserimento nella lista d'attesa, decorrerà dal giorno in cui l'Unità Valutativa Interna della Fondazione avrà predisposto la Scheda di valutazione U.V.I. R.P. - posto letto non convenzionato.
4. Condizioni sociali e familiari:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Allega la sotto indicata documentazione:

- a) documento di identità del richiedente;
- b) documento di identità del soggetto per cui si richiede l'ammissione;
- c) tessera sanitaria del soggetto per cui si richiede l'ammissione;
- d) \_\_\_\_\_;
- e) \_\_\_\_\_.

Si esprime il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del G.D.P.R. 679/2016).

In fede

Recanati, li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_



**RICHIESTA DI VALUTAZIONE IDONEITA' PER INGRESSO PRESSO LA  
RESIDENZA PROTETTA - POSTO LETTO NON CONVENZIONATO**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

MEDICO DI MEDICINA GENERALE

MEDICO DEL REPARTO /

DIVISIONE OSPEDALIERA \_\_\_\_\_ Azienda \_\_\_\_\_

**Chiede la valutazione del proprio assistito per ingresso presso la Residenza Protetta - posto letto non convenzionato**

**SEZIONE A - DATI ANAGRAFICI DELL'ASSISTITO**

COGNOME

NOME

M F  
SESSO

DATA DI NASCITA

COMUNE DI NASCITA

TEL.

COMUNE DI RESIDENZA

VIA

N° CIVICO

CODICE FISCALE

INDIRIZZO PERSONA DI RIFERIMENTO

TEL. PERS. DI RIF.

PERSONA DI RIFERIMENTO

**A tal fine dichiara che il proprio assistito possiede i seguenti requisiti di ammissione**

**SEZIONE B - REQUISITI DI AMMISSIONE IN RESIDENZA PROTETTA - POSTO LETTO NON CONVENZIONATO**

NON AUTOSUFFICIENZA

NON ASSISTIBILITA' A DOMICILIO PER COMPLESSITA' DEL PAZIENTE

PRESENZA DI PROBLEMATICHE DI ORDINE SOCIO-AMBIENTALE

BASSO LIVELLO DI TUTELA SANITARIA (Medica, infermieristica, riabilitativa)

DIAGNOSI:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Il paziente è portatore di :  lesioni da decubito: \_\_\_\_ grado (specificare 1°-2°-3°-4°)

pannolone

catetere vescicole

sond. naso-gastrico

uro- colostomia

racheotomia

accesso venoso per NPT

DATA

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Codice Fiscale e Partita I.V.A. 00091240432

Via XX Settembre, 1 - 62019 Recanati (MC) - Tel. (071) 7574270 - 7574292

• E-mail: [fondazione@ircerassuntarecanati.it](mailto:fondazione@ircerassuntarecanati.it) • Sito-Internet: [www.ircerassuntarecanati.it](http://www.ircerassuntarecanati.it)