



**“BRONI-STRADELLA S.p.A.”**  
Sede Legale: 27049 STRADELLA (PV) - Via Cavour, 28  
Tel. 0385 43180 - 0385 246470 - Fax 0385 43108  
E-mail: bronistradellaspa@tin.it  
Cod. Fisc. e Part. I. V. A. 0 1 5 9 9 6 9 0 1 8 5  
Cap. Soc. 8.068.952,84  
Registro Imprese Pavia n. 01599690185  
R.E.A. PAVIA n. 196357

## RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

**CHIEDE** di essere inserito in R.S.A.

**OPPURE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nome \_\_\_\_\_ cognome \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ del sig. \_\_\_\_\_

**CHIEDE** che il/la proprio/a congiunto/a venga inserito/a in R.S.A.

Dichiara che la presente richiesta è inoltrata con il consenso dell'interessato

### DATI ANAGRAFICI DEL RICOVERANDO

nome \_\_\_\_\_

cognome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

via/p.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

se attualmente ospite di una R.S.A. indicare la struttura:

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

domicilio precedente al ricovero \_\_\_\_\_

via/p.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

### DATI ANAGRAFICI DEI FAMILIARI E/O PERSONE DI RIFERIMENTO

nome \_\_\_\_\_

cognome \_\_\_\_\_

tipo di parentela/altro \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

via/p.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

nome \_\_\_\_\_

cognome \_\_\_\_\_

tipo di parentela/altro \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

via/p.zza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

### ALTRI DATI RELATIVI ALLA PERSONA DELLA QUALE SI CHIEDE IL RICOVERO

**stato civile:**  coniugato/a  celibe/nubile  vedovo/a

**scolarità:**  nessun titolo  licenza elementare  licenza media o avviamento  diploma scuola media superiore  laurea

#### attività precedente al pensionamento:

casalinga  impiegato/a  agricoltore  insegnante  commerciante  operaio/a

artigiano  dirigente  imprenditore  libero/a prof.  altro (specificare) .....

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

carta d'identità n. \_\_\_\_\_

rilasciata dal Comune di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

tessera sanitaria n. \_\_\_\_\_ A.S.L. di \_\_\_\_\_

esenzione ticket n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

per patologia \_\_\_\_\_ per invalidità civile \_\_\_\_\_

### ALTRE INFORMAZIONI:

#### USUFRUISCE DI:

	SI	NO	HA PRESENTATO DOMANDA
- Buono socio sanitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Voucher sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ADI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### È TITOLARE:

- Pensione invalidità civile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
- Ind. accompagnamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

#### USUFRUISCE DI PENSIONE:

- Minima / Sociale	<input type="checkbox"/>
- Altra pensione	<input type="checkbox"/>
- Nessuna	<input type="checkbox"/>

**Il sottoscritto si impegna a garantire il pagamento della retta vigente al momento dell'ammissione presso la struttura.**

**Il sottoscritto autorizza la raccolta, la trasmissione e l'archiviazione dei dati personali, nel rispetto del diritto alla riservatezza, in conformità a quanto previsto dalla legge 675/96.**

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

il richiedente

DOMANDA N°: \_\_\_\_\_

PRESENTATA IL \_\_\_\_\_

Firma dell'operatore