

DOMANDA DI INGRESSO IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (R.S.A.)

Dati dell'interessato:

Cognome.....	Nome
Sesso F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Stato civile	Data di nascita
Luogo di nascita Provincia.....	
Residenza in via n. Comune	
Prov. C.A.P. Recapito telefonico.....	
Domicilio (solo se diverso dalla residenza)	
Carta Regionale dei Servizi (allegare copia fronte-retro).....	
Carta d'identità (allegare copia).....	
Amministratore di Sostegno: Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tutore: Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Tipo di pensione/i:	
Tipo di invalidità:..... % di invalidità civile:.....	
Indennità di accompagnamento: Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Esenzione ticket sanitario per:	
Pratiche in corso per:	
CHIEDE L'INGRESSO IN R.S.A. (Casa di Riposo)	
<input type="checkbox"/> In modo temporaneo dal al	<input type="checkbox"/> In modo definitivo

Persona di riferimento per la presentazione della domanda:

Rapporto di parentela o giuridico.....	
Cognome.....	Nome

Data di nascita..... Luogo di nascitaProv.....

Residenza in via.....n. Comune

Prov.....C.A.P. Recapito telefonico.....

Recapito e- mail

Carta identità (*allegare copia*) Codice fiscale (*allegare copia*).....

Sono parte integrante della presente domanda:

1. la scheda sociale (All. A)
2. la scheda sanitaria (All. B)
3. eventuale verbale di riconoscimento dell'invalidità civile
4. autocertificazione (in All. A) del nucleo familiare originario (coniuge vivente e tutti i figli viventi)
5. eventuale atto di nomina dell'Amministratore di Sostegno / Tutore (o copia dell'istanza presentata)

Eventuale altra documentazione potrà essere richiesta dall'Ente Gestore in caso di accoglimento della domanda

AI SENSI DEL D.P.R. NR.445/2000 LE DICHIARAZIONI MENDACI CONTENUTE NELLA PRESENTE SARANNO PERSEGUIBILI IN BASE ALLA NORMATIVA VIGENTE.

Il sottoscritto dichiara di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 novellato dal D.Lgs. n. 101/2018. In mancanza del consenso al trattamento dei dati, l'Ente preposto sarà impossibilitato ad erogare le prestazioni/servizi richiesti e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge. Il titolare del trattamento è la "Fondazione....." e il nome del responsabile è reperibile presso la segreteria. I riferimenti del Titolare del trattamento dati, del Responsabile del trattamento dati e del Responsabile protezione dati (RPD/DPO) sono depositati presso gli uffici preposti dei singoli enti autorizzati al trattamento dei dati.

Data.....

Firma dell'interessato

N.B.: PER I CASI IN CUI L'INTERESSATO NON SIA IN GRADO DI SOTTOSCRIVERE LA PRESENTE DOMANDA DI AMMISSIONE (DPR N° 445/2000 ART.4, COMMA 2) SI RICHIEDE AL COMPILATORE DI INTEGRARE DI SEGUITO:

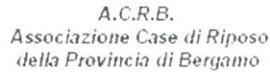
Cognome e nome del compilatore della domanda

Firma

Cognome..... Nome..... Firma

LA PRESENTE DOMANDA HA **VALIDITÀ DI UN ANNO** DALLA DATA DELLA SUA PRESENTAZIONE, SALVO NECESSITÀ DI ULTERIORI CHIARIMENTI E/O INTEGRAZIONE DOCUMENTALE NECESSARIA ALLA RSA PER LA GESTIONE DELLA DOMANDA E/O DELL'EVENTUALE INSERIMENTO IN STRUTTURA E **PUÒ ESSERE RINNOVATA PER ALTRI 12 MESI**

Area riservata alla RSA	Classe SOSIA _____	Data _____
-------------------------	--------------------	------------



SCHEDA VALUTAZIONE SOCIALE
(allegato alla domanda di ingresso in R.S.A.)

COGNOME..... NOME

Scheda compilata da:

sig./rain qualità di (*rapporto Familiare o Giuridico*)

Ass.te Sociale (Cognome e nome) del territorio di

USUFRUISCE ATTUALMENTE DI ALTRI SERVIZI

- ADI RSA Aperta
- SAD CDI
- Assistente Familiare
- Altro (*specificare*)

INFORMAZIONI SOCIO/ASSISTENZIALI

attualmente la persona vive:

- solo
- in altra struttura
- Altro (*specificare*)

L'INTERESSATO BENEFICIA DELLA NOMINA DI

- Tutore
- Curatore
- Amministratore di Sostegno
- Ha in corso la pratica per la nomina di (*specificare*)

PARENTI REFERENTI PER EVENTUALI CONTATTI

NOME COGNOME	GRADO DI PARENTELA	INDIRIZZO	RECAPITO TEL.	RECAPITO E-MAIL

L'interessato è informato della presentazione della domanda di ingresso in RSA?

Sì No

Se NO, perché

L'interessato ha partecipato alla scelta di ricovero?

Sì No

Ha avuto precedenti ricoveri in altre RSA?

Sì No

Se SI', indicare dove e il periodo

Motivi dell'eventuale dimissione da altra RSA

Indicare Cognome, Nome e recapito telefonico del **Medico di Medicina Generale**.....

PROTESI E AUSILI IN USO

- deambulatore personale ASST
- materassino e cuscino antidecubito personale ASST
- letto ortopedico personale ASST
- presidio per incontinenza personale ASST
- altro (*specificare*)

COLLOCAZIONE ABITAZIONE

- zona isolata (abitazione in luogo isolato, senza servizi, bus, negozi, etc.)
- zona decentrata (abitazione in luogo fuori dal centro abitato ma con servizi, bus, negozi essenziali)
- centro abitato

ADEGUATEZZA ABITAZIONE

BARRIERE ARCHITETTONICHE

- nessuna
- solo esterne
- solo interne
- esterne ed interne

BAGNO

- interno
- esterno
- supporti antiscivolo:
Sì No

RISCALDAMENTO

- in tutti i locali
- solo in alcuni locali
- tipologia di impianto.....

MOTIVO DEL RICOVERO

- stato di salute
- solitudine
- problemi familiari
- problemi abitativi

I familiari di riferimento, dopo il ricovero, sono disponibili a collaborare in eventuali progetti di rientro in famiglia, anche giornalieri? (es: fine settimana)

- Sì No

AUTOCERTIFICAZIONE NUCLEO ORIGINARIO

NOME COGNOME	GRADO DI PARENTELA	LUOGO E DATA DI NASCITA	RESIDENZA ATTUALE	RECAPITO TELEFONICO

Il sottoscritto..... in qualità di..... dichiara che il/la sig.r/ra non è nelle condizioni psicofisiche per poter sottoscrivere quanto sopra, ed autocertifica in sua vece.

Data, **FIRMA**

SCHEDA SANITARIA (compilazione a cura del Medico di Medicina Generale o di Unità Operativa)

NOME E COGNOME DELL'INTERESSATO _____

Patologie attive

Anamnesi patologica remota

Terapia – principio attivo

Posologia

Durata

Allergie / intolleranze _____

E' esente da malattie infettive in atto e può vivere in Comunità? : NO SI

Indicare le fragilità, criticità, motivazioni cliniche che rendono necessario l'ingresso in R.S.A.

SITUAZIONE CLINICA ATTUALE

	Assente	Lieve	Moderata	Grave	Molto grave
Patologia cardiaca (solo cuore)					
Iperensione arteriosa (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)					
Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)					
Patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)					
Patologie O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)					
Patologie dell'apparato G.I. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)					
Patologie dell'apparato G.I. inferiore (intestino, ernie)					
Patologie epatiche (solo fegato)					
Patologie renali (solo rene)					
"Patologie genito - urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)"					
"Patologie del sistema muscolo-scheletrico, cute (muscoli, scheletro, tegumenti)"					
Patologie del SNC e SNP (esclusa la demenza)					
Patologie endocrine, metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici)					
Patologie psichiatrico-comportamentali demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi					

MOBILITÀ, IGIENE, ALIMENTAZIONE (barrare tutte le voci di interesse)

Trasferimento letto sedia

- | | |
|---|---|
| <p>1 Necessarie due persone per il trasferimento del paziente, con o senza ausilio meccanico</p> <p>2 Il paziente collabora ma è necessaria comunque la collaborazione di una persona</p> | <p>3 Per una o più fasi del trasferimento è necessaria la collaborazione di una persona</p> <p>4 Occorre una persona per garantire la sicurezza e/o infondere fiducia</p> <p>5 Il paziente è in grado di muoversi senza pericoli ed è autonomo durante il trasferimento</p> |
|---|---|

Deambulazione

- 1 Dipendenza rispetto alla locomozione
- 2 Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione
- 3 Necessario aiuto da parte di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili
- 4 Paziente autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione per ridurre i rischi e infondergli fiducia, non riesce a percorrere 50 mt. senza bisogno di aiuto
- 5 Paziente autonomo nella deambulazione, deve essere in grado di indossare corsetti e riporre gli ausili in posizione utile al loro impiego. Deve poter adoperare stampelle, bastoni, ecc. e percorrere 50 mt. senza aiuto o supervisione.

Locomozione su sedia a rotelle

- 1 Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione
- 2 Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano
- 3 Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.
- 4 Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessaria assistenza per i tratti difficoltosi
- 5 Autonomo: deve essere in grado di girare intorno agli spigoli, su sé stesso, di accostarsi al tavolo, ecc. e deve

COGNITIVITÀ (barrare tutte le voci di interesse)**Confusione (stato mentale)**

- 1 Paziente completamente confuso - comunicazione e attività cognitive compromesse, personalità destrutturata
- 2 E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
- 3 Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
- 4 E' perfettamente lucido

Irritabilità

- 1 Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- 2 Uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare.
- 3 Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete
- 4 Non mostra segni di irritabilità ed è calmo

Ricoveri ospedalieri recenti: NO SI _____

Se seguito dal Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze - CDCD (ex U.V.A.) indicare in quale ambulatorio e medico di riferimento _____

Lesioni da decubito

assenti iniziali gravi multiple

Sede (specificare) _____

Reattività emotiva

- Collaborante
 E' estraniato dal mondo circostante
 Depressione
 Stato ansioso
 Agitazione con spunti aggressivi

Incontinenza

Urinaria	Fecale
<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> assente
<input type="checkbox"/> occasionale	<input type="checkbox"/> occasionale
<input type="checkbox"/> abituale	<input type="checkbox"/> abituale
<input type="checkbox"/> catetere a permanenza	

essere in grado di percorrere almeno 50 metri.

Igiene personale

- 1 Paziente non in grado di badare alla propria igiene, dipendente sotto tutti i punti di vista
- 2 E' necessario assisterlo in tutte le circostanze della igiene personale
- 3 E' necessario assisterlo in una o più circostanze della igiene personale
- 4 E' in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo la operazione da eseguire
- 5 Totale indipendenza

Alimentazione

- 1 Paziente totalmente dipendente, va imboccato
- 2 Riesce a manipolare qualche posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva.
- 3 Riesce ad alimentarsi sotto supervisione - l'assistenza è limitata ai gesti più complicati,
- 4 Paziente indipendente nel mangiare, salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire confezioni... la presenza di un'altra persona non è indispensabile
- 5 Totale indipendenza nel mangiare.

Irrequietezza (stato comportamentale)

- 1 Cammina avanti e indietro incessantemente ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo
- 2 Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione, toccando in continuazione vari oggetti.
- 3 Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione, ha difficoltà nel mantenere fermi piedi e mani e tocca continuamente vari oggetti.
- 4 Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità

Disturbi del comportamento in fase attiva

- Deliri
 Aggressività
 Allucinazioni
 Tentativi di fuga
 Irrequietezza motoria (*wandering, affaccendamento, ...*)
 Depressione
 Disinibizione

Peso kg: _____ Altezza cm _____

- Disfagia: NO SI

- Nutrizione artificiale: PEG SNG NPT

- Respirazione: normale ossigeno (n° _____ h/die)

Tracheostomia Ventilazione artificiale

- Dialisi: NO SI

- Abusa di sostanze alcoliche? NO SI In passato

- Ha mai avuto ricoveri in reparti psichiatrici? NO SI

- Richiede trattamento riabilitativo? NO SI

specificare: _____

Data,

Timbro e Firma del Medico di Medicina Generale o di Unità Operativa

FONDAZIONE SAN LORENZO
OPERA PIA CARITAS - ONLUS

DOMANDA DI RICOVERO PER:

Casa Mons. Speranza

Casa Santa Maria

..... sottoscritt.....

figli..... di e di

nat..... a (.....) il

domiciliat..... a, di professione

stato civile

(celibe, nubile, coniugato/a, vedovo/a, separato/a...)

Se coniugat..... : indicare cognome e nome del coniuge

Titolo di studio

Iscritt..... nelle liste elettorali del Comune di (prov.)

CHIEDE

di essere accolto presso la Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.) "FONDAZIONE SAN LORENZO" e si impegna a versare la retta che verrà fissata dall'Amministrazione con le modalità contenute nella dichiarazione allegata.

DATA

FIRMA DEL RICHIEDENTE

FIRMA DEL PARENTE REFERENTE

.....

CARTA DEI SERVIZI

dichiaro di aver ricevuto dalla R.S.A. la/le Carta/e dei Servizi relativamente alla struttura prescelta per la presentazione della domanda di ricovero.

DATA

FIRMA PER RICEVUTA

.....

A cura dell'Ufficio dell'Istituto:

Punt. residenza	Punt. salute	Punt. sit. sociale	Data domanda



R.S.A. CASA MONS. SPERANZA: Viale Martiri della Libertà n. 6 – 24019 ZOGNO (BG)
TEL. 0345/91029-FAX 0345/50719 – amministrazione@rsazogno.it - www.rsazogno.it
R.S.A. CASA SANTA MARIA: Via Cà Noa n. 8 – 24012 VAL BREMBILLA (BG) Fraz. Laxolo
TEL. 0345/53436 FAX 0345/53798 – santamarialaxolo@rsazogno.it - www.rsazogno.it
Sede Legale: Viale Martiri della Libertà, n.6 - 24019 ZOGNO (BG)
Partita Iva: - Codice Fiscale: 04410980165

DICHIARAZIONE
(A cura del parente referente)

Il/La sottoscritto/a
Cod. Fisc. residente a (.....)
in via per sé, eredi e successori si impegna a
versare mensilmente in via anticipata ed in un'unica soluzione alla FONDAZIONE SAN
LORENZO "R.S.A. Casa Monsignor Giuseppe Speranza" o "R.S.A. Casa Santa Maria" la
retta fissata dall' Amministrazione per il ricovero del/della
Sig./Sig.ra.....
nato/a il a
e residente a (.....) C.A.P.
in Via

Dichiara inoltre di essere pienamente a conoscenza di dover corrispondere la retta mensile
con decorrenza dalla data di inserimento del/della Sig./Sig.ra
..... e si impegna ad accompagnare a casa o presso
altra struttura il Sig./la Sig.ra al termine del periodo concordato di soggiorno temporaneo presso le
nostre R.S.A..

In caso di dimissioni e/o decesso dal regime di ricovero definitivo e temporaneo il computo della
retta dovuta sarà calcolato in base ai giorni effettivi di degenza.

Le rette verranno aggiornate annualmente in base all'aumento dei costi di gestione e
comunque non inferiori alle svalutazioni ISTAT.

Eventuali spese viaggio in ambulanza, al di fuori delle chiamate al 112, saranno a carico dell'ospite.

L'inadempimento degli obblighi di cui sopra, potrà comportare un'azione legale nei miei
Confronti per il recupero di ogni somma dovuta alla Fondazione San Lorenzo "R.S.A. Casa
Monsignor Giuseppe Speranza" o "R.S.A. Casa Santa Maria", compresi gli interessi bancari.

Zogno/Val Brembilla,

FIRMA PER ACCETTAZIONE

.....



FONDAZIONE SAN LORENZO

Opera Pia Caritas – Onlus

Gentile Ospite, Amministratore di sostegno, Tutore o Caregiver

Informativa ex art. 13 Regolamento UE 2016/679 (MODULO 1 rev. 02 del 17/03/2023)

Titolare del trattamento

La informiamo che, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (infra: “**Regolamento**”), i suoi Dati Personali, raccolti ai fini della esecuzione delle prestazioni di consulenza previste nel mandato, nonché per riscontrare vostre specifiche richieste di assistenza o informazioni saranno trattati da parte della **Fondazione San Lorenzo - Opera Pia Caritas - Onlus con sede legale in Viale Martiri della Libertà n.6 a Zogno (BG)**, in qualità di titolare del trattamento (“**Titolare**”).

Tipi di dati oggetto del trattamento

Il Titolare tratterà i dati personali e i dati appartenenti a categorie particolari, così come definiti dal Regolamento, raccolti durante l’esecuzione del mandato, tra cui rientrano, a titolo esemplificativo e non esaustivo, il suo nome, cognome, numero di telefono fisso e mobile, il suo stato di salute, sue fotografie o video. Va pure osservato che i dati di cui siamo o potremo venire in possesso e da Lei forniti possono essere inerenti anche a Suoi familiari.

Finalità, base giuridica e facoltatività del trattamento

I suoi Dati Personali saranno trattati per le seguenti finalità: **GESTIONE DELLA LISTA DI ATTESA PER INGRESSO IN RSA;**

Le **basi giuridiche** del trattamento sono l’esecuzione di misure precontrattuali ed adempiere ad un obbligo legale e il consenso esplicito al trattamento per i dati appartenenti a categorie particolari.

Il conferimento dei suoi Dati Personali per le finalità sopra indicate è facoltativo, ma in difetto il Titolare non sarà in grado di gestire la sua richiesta.

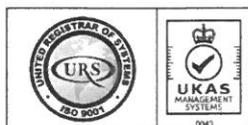
Destinatari dei dati personali

I suoi Dati Personali potranno essere condivisi con:

- persone fisiche autorizzate dal Titolare al trattamento di dati personali previa sottoscrizione di un accordo di riservatezza (es. dipendenti, operatori socio-sanitari e assistenziali, amministratori di sistema, volontari);
- soggetti, enti o autorità competenti a cui sia obbligatorio o richiesto comunicare i suoi dati personali in forza di disposizioni di legge o di ordini delle autorità (per esempio ad autorità pubbliche, Regione, enti locali, ATS, etc.);
- soggetti che gestiscono le liste di attesa a livello superiore (associazioni di categoria, consorzi, ATS, uffici regionali)
- società terze per l’adempimento degli obblighi di natura amministrativo-fiscale, consulenti, istituti di credito per finalità contabili-amministrative, alcuni dei quali agiscono in qualità di responsabili del trattamento.

Per quanto concerne l’eventuale trasferimento dei Dati verso Paesi Terzi, il Titolare rende noto che il trattamento avverrà secondo una delle modalità consentite dalla legge vigente, quali ad esempio il consenso dell’interessato, l’adozione di Clausole Standard approvate dalla Commissione Europea, la selezione di soggetti aderenti a programmi internazionali per la libera circolazione dei dati (es. EU-USA Privacy Shield) od operanti in Paesi considerati sicuri dalla Commissione Europea. È possibile avere maggiori informazioni, su richiesta, presso il Titolare.

3



Sede Legale: Viale Martiri della Libertà, n.6 - 24019 ZOGNO (BG)

Tel. 0345.91029 - Fax 0345.50719

Email: amministrazione@rsazogno.it - Pec: fondazioneanlorenzo.zogno@pec.it

Codice Fiscale/Partita Iva: 04410980165 - sito internet: www.rsazogno.it

Sede distaccata: Via Ca' Nöa, 8 - 24012 - VAL BREMBILLA (BG)

Tel. 0345.53436 - Fax: 0345.53798

Email: santamarialaxolo@rsazogno.it - Pec: fondazioneanlorenzo.zogno@pec.it

FONDAZIONE SAN LORENZO
Opera Pia Caritas – Onlus

Conservazione dei dati personali

I suoi Dati Personali contenuti nella domanda d'ingresso ed eventuali allegati, saranno conservati secondo disposizioni di legge. Gli altri dati saranno conservati per il tempo necessario per l'esecuzione delle prestazioni previste nel contratto. È fatto salvo in ogni caso l'ulteriore conservazione prevista dalla normativa applicabile.

I suoi diritti ex artt. 15 e ss. del Regolamento

Lei ha il diritto di chiedere al Titolare, in qualunque momento, l'accesso ai suoi Dati Personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi o di opporsi al loro trattamento, ha diritto di richiedere la limitazione del trattamento nei casi previsti dall'art. 18 del Regolamento, nonché di ottenere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati che la riguardano, nei casi previsti dall'art. 20 del Regolamento. In qualsiasi momento potrà revocare il consenso già prestato (art. 7(3) del Regolamento), senza che ciò pregiudichi la liceità del trattamento effettuato anteriormente alla revoca del consenso.

Le richieste vanno rivolte per iscritto al **Titolare** al seguente indirizzo: **UFFICIO PRIVACY - Viale Martiri della Libertà n. 6 24019 Zogno (BG)** o via e-mail all'indirizzo dedicato **privacy@rsazogno.it**.

Il DPO, nella persona dell'ing. Carlo Ghilardi, è reperibile al seguente indirizzo: **TQSI Servizi Integrati Srl –Via Betty Ambiveri, 25 – 24126 BERGAMO** o all'indirizzo email **dpo@tqsi.it**.

In ogni caso lei ha sempre diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei Dati Personali, ai sensi dell'art. 77 del Regolamento, qualora ritenga che il trattamento dei suoi dati sia contrario alla normativa in vigore.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Letta e compresa l'informativa ex art.13 Regolamento UE 2016/679 (MODULO 1 rev. 01 del 15/06/2022),

accenso al trattamento di categorie particolari di dati personali come sopra indicati.

Nota: la firma dovrebbe essere del soggetto cui si riferisce la domanda, se il soggetto non è in grado di firmare o di intendere è ammessa la firma dell'Amministratore di sostegno, del Tutore o del caregiver/parente referente/familiare. La situazione del soggetto verrà rivalutata in fase di ingresso in struttura.

COGNOME E NOME **DELL'INTERESSATO** SE IN GRADO DI SOTTOSCRIVERE LA DOMANDA:

DATA: _____ FIRMA: _____

COGNOME E NOME **AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/TUTORE** CHE SOTTOSCRIVE PER IL SOGGETTO CUI SI RIFERISCE LA DOMANDA: _____

DATA: _____ FIRMA: _____

COGNOME E NOME **CAREGIVER/PARENTE REFERENTE/FAMILIARE** CHE SOTTOSCRIVE PER IL SOGGETTO CUI SI RIFERISCE LA DOMANDA:

DATA: _____ FIRMA: _____

4



Sede Legale: Viale Martiri della Libertà, n.6 - 24019 ZOGNO (BG)
Tel. 0345.91029 - Fax 0345.50719

Email: amministrazione@rsazogno.it - Pec: fondazione-sanlorenzo.zogno@pec.it

Codice Fiscale/Partita Iva: 04410980165 - sito internet: www.rsazogno.it

Sede distaccata: Via Ca' Nöa, 8 - 24012 - VAL BREMBILLA (BG)

Tel. 0345.53436 - Fax: 0345.53798

Email: santamarialaxolo@rsazogno.it - Pec: fondazione-sanlorenzo.zogno@pec.it