



**RSA Vialla Sogni D'Angelo**

Spett.le **Direzione Generale di Villa Sogni D'Angelo**  
Sede operativa  
Località Scorzo, snc  
84030 San Pietro al Tanagro (SA)

### **RICHIESTA VISITA STRUTTURA**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
in qualità di:  figlio/a  altro parente (specificare il grado di parentela) \_\_\_\_\_  
consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000 e sotto la propria responsabilità, dichiara quanto segue:

*[ inserire i dati anagrafici della persona da ammettere in R.S.A ]*

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

Nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

In Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Altro recapito \_\_\_\_\_

Stato civile:  celibe/nubile  sposato/a  convivente  vedovo/a

Numero di figli: \_\_\_\_\_ Composizione nucleo familiare: \_\_\_\_\_

#### **Come è venuto a conoscenza della nostra struttura?:**

- Passaparola  Motore di ricerca  
 Medico  Sito internet  
 Pubblicità

#### **Dati relativi alla richiesta di ammissione:**

Provenienza della persona:

- casa**  
 **ospedale** presso: \_\_\_\_\_  
 **altra struttura** quale: \_\_\_\_\_ da quando \_\_\_\_\_

Motivo dell'ingresso in R.S.A.:

---

---

---



## RSA Vialla Sogni D'Angelo

### Dati relativi alle risorse economiche dell'interessato all'ammissione:

Intestatario di:

- pensione di vecchiaia
- pensione sociale
- indennità di accompagnamento
- abitazione di proprietà
- abitazione in locazione

### Dati relativi alla tipologia del ricovero richiesto:

Tipologia:

- a tempo determinato per n. mesi \_\_\_\_\_
- a tempo indeterminato

Necessità di ingresso:  urgente  breve termine  lungo termine

### Disponibilità per appuntamento visita:

Giorni della settimana:  LUN  MAR  MER  GIO  VEN  SAB  DOM

Fascia oraria: \_\_\_\_\_

Luogo e data

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

#### Informativa e consenso al trattamento dei miei dati personali:

In base a quanto disposto dall'art. 13 del D.Lgs. n° 196/2003, sono informato circa il trattamento dei miei dati personali, ed in particolare che:

- a) la finalità del trattamento è la valutazione della mia richiesta di visita della struttura sanitaria finalizzata all'inserimento in R.S.A.; i dati saranno trattati su supporti cartacei ed elettronici;
- b) il conferimento dei dati ha natura facoltativa, tuttavia la loro mancanza non consentirà di dare luogo alle attività di cui sopra;
- c) potranno essere esercitati i diritti di accesso ai propri dati, di cui all'art. 7 D.Lgs. n. 196/2003;
- d) il titolare del trattamento è la R.S.A. sopra indicata.

Luogo e data

Firma leggibile

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**Il modulo dovrà essere sottoscritto e compilato in tutte le sue parti ed inviato per fax al numero 0975.203825 o per mail a [info@villasognidangelo.it](mailto:info@villasognidangelo.it);**

**Il modulo in originale dovrà essere consegnato in amministrazione il giorno della visita in struttura.**