SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 5
Direzione Strategica Aziendale
U.O.C. Governo Rete degli Erogatori
Ufficio Ricoveri e Lista di attesa RSA
Tel. 0774/701114
Fax.0774/701047

REGIONE LAZIO

Allegato 7

Richiesta Ricovero e d'Inserimento in liste di attesa RSA

DICHIARAZIONE
(Art.46 e 47 DPR 445 del 28 dicembre 2000)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente _____ via _____

In qualità di _____ tel. _____ fax _____

Documento _____ e mail _____

ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 "Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa", consapevole della decadenza dei benefici di cui all'art. 75 D.P.R. 445/2000 e per gli effetti dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità;

DICHIARA

Che il/la sig./ra _____

Ha manifestato la volontà di volersi ricoverare presso la R.S.A. Mant.to Alto – Mant.to Basso e di impegnarsi a inviare via fax/mail l'eventuale rinuncia al ricovero o rimandarlo temporaneamente

Scelta	Struttura	Indirizzo	Città	R.S.A.
	Nomentana Hospital	Viale Berloco, 60	Fonte Nuova	Mant. Alto - Basso
	Gli Annali	Via degli Annali	Cineto Romano	Mant. Alto - Basso
	Medicus Hotel	**P.le S. Giovanni di Dio**	Tivoli	Mant. Alto - Basso
	Villa Luana	Località Valle Orlando	Poli	Mant. Alto
	Italian Hospital Group	Via Tiburtina, 188	Guidonia	Mant. Alto
	Rio Oasi	P. Sebastiani	Riofreddo	Mant. Alto
X	Aurora Hospital	Via S. Ambrogio, 1	Colleferro	Mant. Alto
	Colle Cesarano	Via Maremmana inf. Km 3,200	Tivoli	Mant. Alto - Basso
	Icilio Giorgio Mancini	Via Icilio G. Mancini, 12	Arcinazzo Romano	Mant. Alto
	Fondazione Filippo Turati	Via Colle del Pero, 1	Zagarolo	Mant. Alto

La richiesta è comprensiva del consenso informato dell'interessato/a e/o di tutti i familiari

Tivoli ……..

IL/La DICHIARANTE
……

Per comunicazioni:
Sig. ra Isabella Nogara - e mail ufficioricoverirsa@aslromag.it

Allegati:
a) **Unità Valutativa Territoriale U.V.T. (contatto);**
b) **Consenso al trattamento dei dati personali;**
c) **Documento assistito/contatto/delegato.**