



Istituto Romano di
San Michele

Azienda Pubblica di Servizi alla Persona

Domanda di ammissione in Casa di Riposo

Documento aggiornato al 4 novembre 2025



Domanda di ammissione in Casa di Riposo “Toti”
ed autocertificazione ex artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) _____

CHIEDE

di essere ammesso/a nella Casa di Riposo dell'Istituto Romano di San Michele, preferibilmente in camera (singola/doppia) _____;

DICHIARA

di aver preso conoscenza delle disposizioni contenute nel Regolamento e nella Carta di Servizi e di accettarne integralmente il contenuto;

SI IMPEGNA

- a corrispondere la retta mensile entro il quinto giorno del mese in corso essendo informato/a e consapevole dell'attuale ammontare della retta (come riportato nella scheda – **All.to A**);
- a corrispondere i successivi adeguamenti (maggiorazioni o diminuzioni) delle rette deliberati dall'Amministrazione e/o disposti dal competente Municipio, che dovessero intervenire durante tutto il periodo di permanenza in Istituto anche a seguito delle mutate condizioni da autosufficienza a parziale autosufficienza dell'ospite;
- a costituire un deposito cauzionale infruttifero, versando all'Istituto, al momento dell'ammissione presso la Casa di Riposo, tramite bonifico bancario o postale, una somma pari a numero due mensilità;
- a lasciare la Casa di Riposo in caso di morosità nel pagamento della retta per oltre due mesi o in caso di inadempienza delle obbligazioni assunte;
- a lasciare la Casa di Riposo in caso di mancato rientro entro i termini concordati, senza giustificato motivo o preavviso, dopo un periodo di assenza, o comunque quando l'assenza superi i quattro mesi, salvo l'ipotesi in cui sia dovuta a ricovero ospedaliero.



Ai fini della presente domanda il/la sottoscritto/a

dichiara

- a) di essere nato/a il _____ in _____ (____);
- b) di essere residente in _____ (____) Via/P.zza/L.go _____
n. _____ cap _____ ;
- c) di essere domiciliato/a (se diverso dalla residenza) in _____ (____)
Via/P.zza/L.go _____ n. _____ cap _____ ;
- d) che il proprio codice fiscale è _____ ;
- e) che il proprio recapito telefonico è _____ cell. _____ ;
- f) che la **persona** a cui **fare riferimento** in caso di bisogno è:
Cognome _____ Nome _____
Residente a _____ (Prov. ____) in Via/P.zza/L.go _____
_____ n. _____ Tel./Cell. _____
grado di parentela _____
Cognome _____ Nome _____
Residente a _____ (Prov. ____) in Via/P.zza _____
_____ n. _____ Tel./Cell. _____
grado di parentela _____
- g) che il **medico curante** è:
Dott. _____ Tel./Cell. _____
Indirizzo dell'ambulatorio _____
- h) che lo **stato di famiglia** è il seguente:
eventuale **coniuge** (cognome - nome) _____ nato/a il
_____ in _____ (____)

figli (in mancanza dei figli, i nipoti in linea discendente):

Cognome e nome	Indirizzo



fratelli/sorelle/eventuali parenti:

Cognome e nome	Indirizzo

i) pensione tipo:

- ☐ ANZIANITÀ-VECCHIAIA (VO) ☐ REVERSIBILITÀ ☐ INVALIDITÀ SOCIALE (IO)
☐ ALTRO (indicare) _____ ☐ NESSUNA PENSIONE

l) invalidità civile:

- ☐ IN CORSO ☐ RICONOSCIUTA AL _____ % ☐ DOMANDA NON PRESENTATA

m) indennità di accompagnamento:

- ☐ NON RICONOSCIUTA ☐ RICONOSCIUTA (indicare il tipo) _____
☐ IN ATTESA ☐ DOMANDA NON PRESENTATA

n) riconoscimento L. 104/92:

- ☐ IN CORSO ☐ SI ☐ NO ☐ DOMANDA NON PRESENTATA

o) di essere a conoscenza che l'ammissione è subordinata ad un periodo di inserimento/accoglienza di 60 (sessanta) giorni, trascorsi i quali, se l'ospite non risulterà idoneo ne conseguirà che:

- il firmatario della dichiarazione di impegno sarà tenuto a ricondurre l'ospite presso il suo domicilio;
- per gli ospiti che non hanno un referente firmatario della dichiarazione di impegno si provvederà da parte dell'Istituto alle dimissioni d'ufficio;

p) di essere a conoscenza che, in caso di ritardato pagamento della retta, l'Istituto applicherà un interesse di mora pari al tasso legale;

q) di essere a conoscenza che il posto letto presso la Casa di Riposo viene conservato in caso di ricovero ospedaliero con l'obbligo del pagamento della retta di ospitalità nella misura determinata dalle norme regolamentari.



Si allegano alla presente domanda i seguenti documenti:

1. documento di riconoscimento in corso di validità;
2. certificato di pensione (mod. INPS “OBIS/M” e CUD o equipollente documento rilasciato da altro Ente);
3. tessera sanitaria;
4. questionario sanitario (a cura del medico di base) – **All.to B**;
5. certificato attestante l’esonero da malattie infettive (a cura del medico di base);
6. dichiarazione di impegno da parte di un familiare o referente – **All.to C**;
7. HBsAG;
8. HCV;
9. esami ematochimici non antecedenti a sei mesi;
10. elettrocardiogramma con visita cardiologica recente (non antecedente a sei mesi);
11. RX torace non antecedente ad un mese;
12. informativa sulla privacy – **All.to D**
13. policy anticorruzione – **All.to E**.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che:

- tutta la documentazione sanitaria esibita sarà visionata dal Medico Responsabile della struttura;
- sulla base della valutazione multidimensionale effettuata dall’équipe competente sarà espresso un giudizio di idoneità per l’ingresso in Casa di Riposo.

Roma, / /

(Firma dell’interessato/a)



Istituto Romano di
San Michele

RETTA DI RICOVERO MENSILE IN VIGORE PRESSO LA CASA DI RIPOSO

	CAMERA SINGOLA	CAMERA DOPPIA
OSPITE AUTOSUFFICIENTE	euro 1.239,82	euro 956,52
OSPITE PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE	euro 1.433,85	



All.to B

RELAZIONE MEDICA (a cura del Medico di Medicina Generale)

Cognome e nome _____
nato/a a _____ (Prov. _____) il _____,
residente a _____ (Prov. _____) Via/P.zza _____
_____ n. _____, tel./cell. _____,
stato civile _____, libretto SSN _____,
vive da solo _____, istituzionalizzato negli ultimi 5 anni
_____ (se SI dove _____),
condizioni generali _____,
anamnesi patologica remota _____

anamnesi patologica prossima _____

apparato cardiovascolare _____

pressione arteriosa _____ FC _____ altezza _____ Peso Kg _____,
apparato respiratorio _____,
addome _____,
Continenza urinaria e intestinale _____

Interventi chirurgici subiti _____

Vista, udito _____.

Stato cognitivo ed eventuali disturbi comportamentali (wandering, aggressività, allucinazioni) ____

Patologie psichiatriche _____



Autonomie motorie (spostamenti, stazione eretta, deambulazione con o senza ausili)

ANNOTAZIONI (eventuali certificazioni sanitarie o cartelle cliniche, esami specialistici, ecc.) ____

Terapia farmacologica in atto

Allergie a farmaci e/o alimenti

Il sottoscritto Medico di Medicina Generale dichiara di aver visitato il/la paziente.

Roma, li _____

(Timbro e firma del Medico) _____



All.to C

DICHIARAZIONE DI IMPEGNO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
(_____), il _____, CF _____, residente in
_____ (_____) Via/P.za _____ n. _____,
documento di riconoscimento **(di cui si allega copia)** _____ rilasciato da
_____ il _____ con scadenza _____,
recapito telefonico _____, e-mail _____, pec
_____ in _____ qualità _____ di
_____ del _____ Sig./della _____ Sig.ra
_____ ,

DICHIARA

di aver preso conoscenza delle disposizioni contenute nel Regolamento e nella Carta dei Servizi di questa Casa di Riposo e di accettarne integralmente il contenuto;

SI IMPEGNA

nei confronti dell'Istituto Romano di San Michele ad ottemperare ai seguenti obblighi di carattere economico e comportamentale:

- al pagamento della retta di soggiorno dovuta dall'ospite per tutto il periodo di permanenza in Casa di Riposo;
- all'eventuale pagamento di una retta differenziata disposta a seguito di adeguamenti deliberati dall'Amministrazione e/o disposti dal competente Municipio, che dovessero intervenire durante tutto il periodo di permanenza in Istituto anche a seguito delle mutate condizioni di autosufficienza dell'ospite;
- a corrispondere all'Istituto, in caso di ritardo nell'adempimento dell'obbligazione di pagamento, un interesse di mora pari al tasso legale;
- al pagamento di eventuali oneri a carico dell'ospite;
- al versamento, all'atto dell'ingresso in Casa di Riposo, in favore dell'Istituto, a mezzo bonifico bancario o postale, di una somma pari a due mensilità quale deposito cauzionale infruttifero;
- a ricondurre l'ospite nel proprio domicilio nei seguenti casi di dimissione:
 - 1) mancato superamento della prova di ospitalità al termine dei primi 60 giorni;
 - 2) infrazione alle norme che regolano la vita comunitaria della Casa di Riposo;
 - 3) sopraggiunte infermità fisiche e/o psichiche tali da non rendere possibile l'ulteriore permanenza dell'anziano nella struttura;
 - 4) morosità, per mancato pagamento della retta, per oltre due mesi o comunque in caso di inadempimento delle obbligazioni assunte.

Roma, / / _____

All.ta informativa sul trattamento dei dati personali.

(Firma)



INFORMATIVA REFERENTI DEI PAZIENTI

<https://www.privacylab.it/informativa.php?21931469169>

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara di avere preso visione e letto in ogni sua parte la sopra estesa informativa di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016.

Luogo _____ Data _____ Firma dell'interessato _____



All.to D

INFORMATIVA PAZIENTI

<https://www.privacylab.it/informativa.php?21931469160>

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara di avere preso visione e letto in ogni sua parte la sopra estesa informativa di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016.

Luogo _____ Data _____ Firma dell'interessato _____



All.to E

POLICY ANTICORRUZIONE

<https://www.irmsm.it/wp-content/uploads/2024/04/ALL.-2-POLITICA-ISO.pdf>

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara di avere preso visione e letto in ogni sua parte la sopra estesa policy anticorruzione.

Luogo _____ Data _____ Firma dell'interessato _____