



Sede legale: Via G. Cusmano, 24 – 90141 PALERMO
C.F. e P. I.V.A.: 05841760829

**Dipartimento della programmazione e della
organizzazione delle attività territoriali e
dell'integrazione Socio-Sanitaria**

U.O.C. Integrazione Socio-Sanitaria

U.O.S. Coordinamento Strutture Residenziali e Semiresidenziali
WWW.asppalermo.org

DISTRETTO SANITARIO _____

CONSENSO INFORMATO AL RICOVERO IN RSA

Io sottoscritto _____ nato a _____

Il _____ e residente in _____

informato dal dr./Ass.Soc. _____

- che la visita valutativa alla quale è stato sottoposto serve per l'accesso presso una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA);

- che la stessa è una struttura sanitaria residenziale, finalizzata a fornire ospitalità, prestazioni sanitarie, di recupero funzionale e di inserimento sociale, di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale per patologie croniche nei confronti di persone non autosufficienti in condizioni di instabilità clinica, non assistibili a domicilio e che non necessitano di ricovero in strutture di tipo ospedaliero o di riabilitazione globale;

- che la normativa di riferimento è il D.A. 24 maggio 2010 pubblicato sulla G.U.R.S. n. 29 del 25/06/2010 e successive modifiche e/o integrazioni;

- che in qualsiasi momento il sottoscritto può fare richiesta spontanea di dimissioni;

- che il sottoscritto è tenuto a pagare una quota di partecipazione al costo del ricovero con eventuale partecipazione del Comune di residenza in base all'ISEE presentato.

DICHIARA DI

ACCONSENTIRE al ricovero

NON ACCONSENTIRE al ricovero

Lì _____

FIRMA

Il paziente non ha firmato perché

Non in grado di intendere e volere

Analfabeta

Impossibilitato a firmare

Ha espresso consenso in presenza di

Documento N° _____

Lì _____

Documento N° _____

Per Il Responsabile U.O.S. Socio Sanitaria
