

**AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI**  
**Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it**  
**C.F. e P.I. 00821180577**  
**U.O.C. Distretto 2 Salario Mirtense**

## 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, assistenziali, di recupero funzionale, di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale per patologie croniche nei confronti di persone non autosufficienti, non assistibili a domicilio e che non necessitano di ricovero in strutture di tipo ospedaliero o nei centri di riabilitazione; .. 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

\_\_\_\_\_ Li \_\_\_\_\_

FIRMA  
\_\_\_\_\_

Il paziente non ha firmato perché:

- Non in grado di intendere e volere
- Impossibilitato a firmare