

DOMANDA DI INGRESSO IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (R.S.A.)

Dati dell'interessato:

Cognome..... Nome

Sesso F M Stato civile Data di nascita

Luogo di nascita Provincia.....

Residenza in via n. Comune

Prov. C.A.P. Recapito telefonico.....

Domicilio (*solo se diverso dalla residenza*)

Carta Regionale dei Servizi (*allegare copia fronte-retro*).....

Carta d'identità (*allegare copia*).....

Amministratore di Sostegno: Sì No

Tutore: Sì No

Tipo di pensione/i:

Tipo di invalidità:..... % di invalidità civile:.....

Indennità di accompagnamento: Sì No

Esenzione ticket sanitario per:

Pratiche in corso per:

CHIEDE L'INGRESSO IN R.S.A. (Casa di Riposo)

In modo temporaneo dal al

In modo definitivo

Persona di riferimento per la presentazione della domanda:

Rapporto di parentela o giuridico.....

Cognome..... Nome

Data di nascita..... Luogo di nascitaProv.....

Residenza in via.....n. Comune

Prov.....C.A.P. Recapito telefonico.....

Recapito e- mail

Carta identità (*allegare copia*) Codice fiscale (*allegare copia*).....

Sono parte integrante della presente domanda:

- 1. la scheda sociale (All. A)**
- 2. la scheda sanitaria (All. B)**
- 3. eventuale verbale di riconoscimento dell'Invalidità Civile**
- 4. autocertificazione (in All. A) del nucleo familiare originario (coniuge vivente e tutti i figli viventi)**
- 5. eventuale atto di nomina dell'Amministratore di Sostegno / Tutore (o copia dell'istanza presentata)**

Eventuale altra documentazione potrà essere richiesta dall'Ente Gestore in caso di accoglimento della domanda

AI SENSI DEL D.P.R. NR.445/2000 LE DICHIARAZIONI MENDACI CONTENUTE NELLA PRESENTE SARANNO PERSEGUIBILI IN BASE ALLA NORMATIVA VIGENTE.

Il sottoscritto dichiara di esprimere il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del Regolamento Ue 2016/679 e del D.Lgs. n. 196/2003 novellato dal D.Lgs. n. 101/2018. In mancanza del consenso al trattamento dei dati, l'Ente preposto sarà impossibilitato ad erogare le prestazioni/servizi richiesti e ad adempiere agli obblighi previsti dalla legge. Il titolare del trattamento è la "Fondazione....." e il nome del responsabile è reperibile presso la segreteria. I riferimenti del Titolare del trattamento dati, del Responsabile del trattamento dati e del Responsabile protezione dati (RPD/DPO) sono depositati presso gli uffici preposti dei singoli enti autorizzati al trattamento dei dati.

Data,.....

Firma dell'interessato

N.B.: PER I CASI IN CUI L'INTERESSATO NON SIA IN GRADO DI SOTTOSCRIVERE LA PRESENTE DOMANDA DI AMMISSIONE (DPR N° 445/2000 ART.4, COMMA 2) SI RICHIEDE AL COMPILATORE DI INTEGRARE DI SEGUITO:

Cognome e nome del compilatore della domanda

Firma

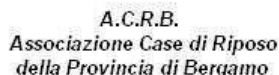
Cognome..... Nome..... Firma

LA PRESENTE DOMANDA HA **VALIDITÀ DI UN ANNO** DALLA DATA DELLA SUA PRESENTAZIONE, SALVO NECESSITÀ DI ULTERIORI CHIARIMENTI E/O INTEGRAZIONE DOCUMENTALE NECESSARIA ALLA RSA PER LA GESTIONE DELLA DOMANDA E/O DELL'EVENTUALE INSERIMENTO IN STRUTTURA E **PUÒ ESSERE RINNOVATA PER ALTRI 12 MESI**

Area riservata alla RSA

Classe SOSIA _____

Data _____



**SCHEDA VALUTAZIONE SOCIALE
(allegato alla domanda di ingresso in R.S.A.)**

COGNOME..... **NOME**

Scheda compilata da:

sig./rain qualità di (*rapporto Familiare o Giuridico*)

Ass.te Sociale (Cognome e nome) del territorio di

USUFRUISCE ATTUALMENTE DI ALTRI SERVIZI

- ADI RSA Aperta
- SAD CDI
- Assistente Familiare
- Altro (*specificare*)

INFORMAZIONI SOCIO/ASSISTENZIALI

attualmente la persona vive:

- solo
- in altra struttura
- Altro (*specificare*)

L'INTERESSATO BENEFICIA DELLA NOMINA DI

- Tutore
- Curatore
- Amministratore di Sostegno
- Ha in corso la pratica per la nomina di (*specificare*)

PARENTI REFERENTI PER EVENTUALI CONTATTI

NOME COGNOME	GRADO DI PARENTELA	INDIRIZZO	RECAPITO TEL.	RECAPITO E-MAIL

L'interessato è informato della presentazione della domanda di ingresso in RSA?

Sì No
Se NO, perché

L'interessato ha partecipato alla scelta di ricovero?

Sì No

Ha avuto precedenti ricoveri in altre RSA? Sì No
Se SI, indicare dove e il periodo

Motivi dell'eventuale dimissione da altra RSA

Indicare Cognome, Nome e recapito telefonico del **Medico di Medicina Generale**

PROTESI E AUSILI IN USO

- deambulatore personale ASST
- materassino e cuscino antidecubito personale ASST
- letto ortopedico personale ASST
- presidio per incontinenza personale ASST
- altro (*specificare*)

COLLOCAZIONE ABITAZIONE

- zona isolata (abitazione in luogo isolato, senza servizi, bus, negozi,etc...)
- zona decentrata (abitazione in luogo fuori dal centro abitato ma con servizi, bus, negozi essenziali)
- centro abitato

ADEGUATEZZA ABITAZIONE

BARRIERE ARCHITETTONICHE

- nessuna
- solo esterne
- solo interne
- esterne ed interne

BAGNO

- interno
- esterno
- supporti antiscivolo:
Sì No

RISCALDAMENTO

- in tutti i locali
- solo in alcuni locali
- tipologia di impianto.....

MOTIVO DEL RICOVERO

- stato di salute
- solitudine
- problemi familiari
- problemi abitativi

I familiari di riferimento, dopo il ricovero, sono disponibili a collaborare in eventuali progetti di rientro in famiglia, anche giornalieri? (es: fine settimana)

- Sì No

AUTOCERTIFICAZIONE NUCLEO ORIGINARIO

NOME COGNOME	GRADO DI PARENTELA	LUOGO E DATA DI NASCITA	RESIDENZA ATTUALE	RECAPITO TELEFONICO

Il sottoscritto..... in qualità di..... dichiara che il/la sig.r/ra non è nelle condizioni psicofisiche per poter sottoscrivere quanto sopra, ed autocertifica in sua vece.

Data, FIRMA

SCHEDA SANITARIA (compilazione a cura del Medico di Medicina Generale o di Unità Operativa)

NOME E COGNOME DELL'INTERESSATO _____

Patologie attive

Anamnesi patologica remota

Terapia – principio attivo

Posologia

Durata

Allergie / intolleranze _____

E' esente da malattie infettive in atto e può vivere in Comunità? : NO SI

Indicare le fragilità, criticità, motivazioni cliniche che rendono necessario l'ingresso in R.S.A.

SITUAZIONE CLINICA ATTUALE

	Assente	Lieve	Moderata	Grave	Molto grave
Patologia cardiaca (solo cuore)					
Iperensione arteriosa (si valuta la severità, gli organi coinvolti sono considerati separatamente)					
Patologie vascolari (sangue, vasi, midollo, sistema linfatico)					
Patologie respiratorie (polmoni, bronchi, trachea sotto la laringe)					
Patologie O.O.N.G.L. (occhio, orecchio, naso, gola, laringe)					
Patologie dell'apparato G.I. superiore (esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas)					
Patologie dell'apparato G.I. inferiore (intestino, ernie)					
Patologie epatiche (solo fegato)					
Patologie renali (solo rene)					
Patologie genito - urinarie (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)					
Patologie del sistema muscolo-scheletrico, cute (muscoli, scheletro, tegumenti)					
Patologie del SNC e SNP (esclusa la demenza)					
Patologie endocrine, metaboliche (include diabete, infezioni, stati tossici)					
Patologie psichiatrico-comportamentali demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi					

MOBILITÀ, IGIENE, ALIMENTAZIONE (barrare tutte le voci di interesse)

Trasferimento letto sedia

- | | |
|--|---|
| <p>1 Necessarie due persone per il trasferimento del paziente, con o senza ausilio meccanico</p> <p>2 Il paziente collabora, ma è necessaria comunque la collaborazione di una persona</p> | <p>3 Per una o più fasi del trasferimento è necessaria la collaborazione di una persona</p> <p>4 Occorre una persona per garantire la sicurezza e/o infondere fiducia</p> <p>5 Il paziente è in grado di muoversi senza pericoli ed è autonomo durante il trasferimento</p> |
|--|---|

Deambulazione

- 1 Dipendenza rispetto alla locomozione
- 2 Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione
- 3 Necessario aiuto da parte di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili
- 4 Paziente autonomo nella deambulazione, ma necessita di supervisione per ridurre i rischi e infondergli fiducia, non riesce a percorrere 50 mt. senza bisogno di aiuto
- 5 Paziente autonomo nella deambulazione, deve essere in grado di indossare corsetti e riporre gli ausili in posizione utile al loro impiego. Deve poter adoperare stampelle, bastoni, ecc. e percorrere 50 mt. senza aiuto o supervisione.

Locomozione su sedia a rotelle

- 1 Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione
- 2 Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto solo per brevi tratti in piano
- 3 Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.
- 4 Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessaria assistenza per i tratti difficoltosi
- 5 Autonomo: deve essere in grado di girare intorno agli spigoli, su sé stesso, di accostarsi al tavolo, ecc. e deve essere in grado di percorrere almeno 50 metri.

Igiene personale

- 1 Paziente non in grado di badare alla propria igiene, dipendente sotto tutti i punti di vista
- 2 E' necessario assisterlo in tutte le circostanze della igiene personale
- 3 E' necessario assisterlo in una o più circostanze della igiene personale
- 4 E' in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo la operazione da eseguire
- 5 Totale indipendenza

Alimentazione

- 1 Paziente totalmente dipendente, va imboccato
- 2 Riesce a manipolare qualche posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva
- 3 Riesce ad alimentarsi sotto supervisione - l'assistenza è limitata ai gesti più complicati
- 4 Paziente indipendente nel mangiare, salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire confezioni,... la presenza di un'altra persona non è indispensabile
- 5 Totale indipendenza nel mangiare.

COGNITIVITÀ (*barrare tutte le voci di interesse*)

Confusione (stato mentale)

- 1 Paziente completamente confuso - comunicazione e attività cognitive compromesse, personalità destrutturata
- 2 E' chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
- 3 Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e nel tempo
- 4 E' perfettamente lucido

Irritabilità

- 1 Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- 2 Uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare.
- 3 Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete
- 4 Non mostra segni di irritabilità ed è calmo

Irrequietezza (stato comportamentale)

- 1 Cammina avanti e indietro incessantemente ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo
- 2 Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione, toccando in continuazione vari oggetti.
- 3 Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione, ha difficoltà nel mantenere fermi piedi e mani e tocca continuamente vari oggetti.
- 4 Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità

Ricoveri ospedalieri recenti: NO

SI

Se seguito dal Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze - CDCD (ex U.V.A.) indicare in quale ambulatorio e medico di riferimento

Lesioni da decubito

assenti iniziali gravi multiple

Sede (specificare _____)

Disturbi del comportamento in fase attiva

- Deliri
- Aggressività
- Allucinazioni
- Tentativi di fuga
- Irrequietezza motoria (*wandering, affaccendamento,...*)
- Depressione
- Disinibizione

Reattività emotiva

- Collaborante
- E' estraniato dal mondo circostante
- Depressione
- Stato ansioso
- Agitazione con spunti aggressivi

Incontinenza

Urinaria	Fecale
<input type="checkbox"/> assente	<input type="checkbox"/> assente
<input type="checkbox"/> occasionale	<input type="checkbox"/> occasionale
<input type="checkbox"/> abituale	<input type="checkbox"/> abituale
<input type="checkbox"/> catetere a permanenza	

Peso kg: _____ Altezza cm _____

- Disfagia: NO SI
- Nutrizione artificiale: PEG SNG NPT
- Respirazione: normale ossigeno (n° _____ h/die)
- Tracheostomia Ventilazione artificiale
- Dialisi: NO SI
- Abusa di sostanze alcoliche? NO SI In passato
- Ha mai avuto ricoveri in reparti psichiatrici? NO SI
- Richiede trattamento riabilitativo? NO SI

specificare: _____

Data,

Timbro e Firma del Medico di Medicina Generale o di Unità Operativa

RICHIESTA DI INSERIMENTO IN LISTA D'ATTESA - RSA PROVINCIA DI BERGAMO

UTENTE INTERESSATO :

Sig./Sig.ra _____

**BARRARE CON UNA X LE RSA PER LE QUALI L'UTENTE DESIDERA FARE RICHIESTA.
PER LE RSA DELLA VALSERIANA (in grassetto) INDICARE LA PRIMA SCELTA CON IL
NUMERO 1**

**PER UTENTI AFFETTI DA M. DI ALZHEIMER BISOGNOSI DI NUCLEO PROTETTO,
SELEZIONARE SOLO LE RSA DELLA TABELLA DEDICATA**

COD. ASL	COD. STR.	COMUNE	DENOMINAZIONE STRUTTURA	INDIRIZZO UBICAZIONE	SCELTA (X)
325	1222	CASNIGO	CASA DI RIPOSO SAN GIUSEPPE ONLUS	VIA SANTO SPIRITO 15	
325	1226	CALCIO	FONDAZIONE DON CARLO ZANONCELLO	VIA MATTEOTTI 2/A	
325	1241	AZZANO SAN PAOLO	SAN PAOLO RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE	VIA TRENTO 1	
325	1254	BERGAMO	IST. SUORE CAPPUCCINE CASA DI RIPOSO SAN FRANCESCO	VIA G. NEGRI 17	
325	1257	LEFFE	FONDAZIONE CASA SERENA - LEFFE O.N.L.U.S.	VIA P. D'ALBERTONI 65	
325	1263	BRIGNANO GERA D'ADDA	CASA OSPITALE DON PIETRO ARESI ONLUS	VIA FACCHINETTI 2	
325	1264	COLOGNO AL SERIO	FONDAZIONE RSA VAGLIETTI-CORSINI ONLUS	VICOLO OSPEDALE 2	
325	1272	BERGAMO	RSA SAN SISTO	VIA COLOGNOLA AI COLLI 6-8-10	
325	1282	SERiate	RSA PAPA GIOVANNI PAOLO I	VIA CESARE BATTISTI 3	
325	1283	GROMO	FONDAZIONE CASA DI RIPOSO RSA - OSPEDALE G.G.MILESI - ONLUS	VIA BETTUNO ALTO 9	
325	1285	GORLAGO	CASA SAN GIUSEPPE	VIA ASPERTI 1	
325	1287	BERGAMO	RSA SACRO CUORE	VIA CARNOVALI 93/A	
325	1298	CALVENZANO	CASA ALBERGO MARIA IMMACOLATA SOC.COOP.SOCIALE ONLUS	VIA BRASSOLINO 6	
325	1321	SCHILPARIO	FONDAZIONE BARTOLOMEA SPADA - SCHILPARIO VALLE DI SCALVE O.N.L.U.S.	VIA SOLIVA 18	
325	1322	PONTE SAN PIETRO	FONDAZIONE CASA DI RIPOSO DI PONTE SAN PIETRO O.N.L.U.S.	VIA MATTEOTTI 5	
325	1323	VILLA D'ALMÈ	RSA NOBILE BAGLIONI	VIA MAZZINI 12/14	
325	1325	PREDORE	RSA CASA DI RIPOSO VILLA SERENA	VIA ARIO MUCIANO 26	
325	1326	STIZZANO	FONDAZIONE CASA DI RIPOSO VILLA DELLA PACE	VIA PINO ZANCHI 10	
325	1327	BERGAMO	ISTITUZIONI DON CARLO BOTTA RSA S. CHIARA	VIA GARIBALDI 5	

325	1328	GRUMELLO DEL MONTE	R.S.A. MADONNA DEL BOLDESICO	VIA DR. LIBERO SIGNORELLI 91/93
325	1329	SCANZOROSCIATE	FONDAZIONE PIERO PICCINELLI CASA MARIA CONSOLATRICE ONLUS	VIA ADELASIO 5/7
325	1331	SOVERE	CASA DI RIPOSO E FARMACIA DELLA CASA DI RIPOSO - FONDAZIONE O.N.L.U.S.	VIA SENATOR SILVESTRI 2
325	1333	VAL BREMBILLA	OPERA PIA CARITAS - ONLUS R.S.A. CASA SANTA MARIA	VIA CA' NOA 8
325	1357	ZOGNO	OPERA PIA CARITAS - ONLUS R.S.A. CASA MONS. G. SPERANZA	VIALE MARTIRI DELLA LIBERTA' 6
325	1360	PALOSCO	CASA DI RIPOSO PIATTI VENANZI - FONDAZIONE O.N.L.U.S. - R.S.A.	VIA SANTA MARIA ELISABETTA 36
325	1362	BERGAMO	RSA CENTRO DON ORIONE	VIA DON LUIGI ORIONE 6
325	1369	ROMANO DI LOMBARDIA	FONDAZIONE OPERE PIE RIUNITE G. B. RUBINI - ONLUS	VIA COMELLI RUBINI 2
325	1370	TRESCORE BALNEARIO	RSA PAPA GIOVANNI XXIII	VIA DAMIANO CHIESA 28
325	1388	TORRE BOLDONE	ISTITUTO PALAZZOLO R.S.A.	VIA DONIZETTI 3
325	1392	COSTA VOLPINO	PENSIONATO CONTESSI-SANGALLI FONDAZIONE O.N.L.U.S.	VIA DEGLI ULIVI 1
325	1393	VALBONDIONE	CASA DI RIPOSO S. LORENZO	VIA S. LORENZO 1
325	1400	MARTINENGO	FONDAZIONE FRANCESCO BALICCO - R.S.A.	VIA VALLERE 4
325	1403	FONTANELLA	FONDAZIONE DOMUS E.D.E.R.A.	VIA VITTORIO EMANUELE II 227
325	1404	CIVIDATE AL PIANO	FONDAZIONE DON CIRIACO VEZZOLI O.N.L.U.S.	VIA OSPEDALE 57
325	1405	COVO	FONDAZIONE CASA DI RIPOSO G. SCARPINI	VIA SCARPINI 9
325	1412	GORLE	CASA DI RIPOSO CAPROTTI ZAVARITT	VIA ARNO 14
325	1413	SARNICO	CASA DI RIPOSO P. A. FACCANONI ONLUS	VIA VITTORIO VENETO 72
325	1417	ARDESIO	FONDAZIONE CASA DI RIPOSO - INFERMERIA FILISETTI ONLUS	VIA DUCA D'AOSTA 1
325	1421	OSIO SOTTO	OPERA PIA OLMO ONLUS	VIA CAVOUR 6
325	1423	VERDELLO	CASAMIA - VERDELLO	VIA XXV APRILE 9
325	1425	SPIRANO	FONDAZIONE CASA DI RIPOSO SPIRANO ONLUS	VIA A. LOCATELLI 25
325	1431	PONTIDA	RSA BRAMANTE	VIA GAMBIRAGO 571
325	1436	SAN PELLEGRINO TERME	OASI SAN PELLEGRINO	VIA PARTIGIANI 14
325	1440	ALZANO LOMBARDO	FONDAZIONE MARTINO ZANCHI ONLUS - RSA	VIA GUIDO PAGLIA 23

325	1441	NEMBRO	FONDAZIONE R.S.A. CASA DI RIPOSO NEMBRO O.N.L.U.S.	VIA DEI FRATI 1	
325	1443	CENE	RSA CASA DELLA SERENITÀ	VIA BATTISTA CAPRI 7	
325	1445	DALMINE	FONDAZIONE SAN GIUSEPPE	VIALE LOCATELLI 6	
325	3567	TAVERNOLA BERGAMASCA	RSA FONDAZIONE BUONOMO CACCIAMATTA 1836	VIA SAN ROCCO	
325	13281	ALBANO SANT'ALESSANDRO	RESIDENZA PRIMAVERA	VIA LEGA LOMBARDA 12	

RSA DELLA PROVINCIA DI BERGAMO AVENTI IL NUCLEO ALZHEIMER ACCREDITATO

COD. ASL	COD STR.	COMUNE	DENOMINAZIONE STRUTTURA	INDIRIZZO UBICAZIONE	SCELTA (X)
325	1221	GANDINO	FONDAZIONE CECILIA CACCIA IN DEL NEGRO ONLUS	VIA XX SETTEMBRE 19/21	
325	1248	CAPRIATE SAN GERVASIO	RSA CASA DI RIPOSO OVIDIO CERRUTI	VIA OVIDIO CERRUTI 6	
325	1266	BREMBATE DI SOPRA	RESIDENZA SANITARIO ASSISTENZIALE PER ANZIANI	VIA PAPA GIOVANNI XXIII 4	
325	1284	ALMENNO SAN SALVATORE	RSA FONDAZIONE GIOVANNI CARLO ROTA ONLUS	VIA REPUBBLICA 1	
325	1288	CLUSONE	FONDAZIONE SANT'ANDREA	VIA SAN DEFENDENTE 1	
325	1306	VILLA D'ADDA	RSA ISTITUTO S. GIUSEPPE	VIA BELLAVISTA 3	
325	1364	GAZZANIGA	CASA DI RIPOSO SAN GIUSEPPE	VIA DANTE 25	
325	1387	URGNANO	ISTITUTO OSPITALE MAGRI	VIA CIRCONVALLAZIONE 237	
325	1391	ALBINO	CASA HONEGGER	VIA B. CRESPI 9	
325	1411	PIAZZA BREMBANA	FONDAZIONE DON STEFANO PALLA ONLUS	VIA MONTE SOLE 2	
325	1415	VERTOVA	RSA FONDAZIONE I.P.S. CARD. GUSMINI ONLUS	VIA SAN CARLO 30	
325	1422	TREVIGLIO	FONDAZIONE ANNI SERENI TREVIGLIO, CARAVAGGIO E FARA GERA D'ADDA O.N.L.U.S.	PIAZZALE OSPEDALE 5	
325	1430	CASAZZA	CASA SANT'ANGELA MERICI	VIA NATTA 2	
325	1439	BERGAMO	CARISMA	VIA MONTE GLENO 49	
325	1442	LOVERE	FONDAZIONE BEPPINA E FILIPPO MARTINOLI CASA DELLA SERENITA' - ONLUS	VIA PIERO GOBETTI 39	

Io sottoscritto _____ in qualità di
 utente interessato
 oppure

Io sottoscritto _____ in qualità di
 _____ del soggetto interessato Sig./Sig.ra

con la presente dichiaro di aver espresso la volontà autonomamente. Dichiaro inoltre di esprimere il mio
 consenso affinché i dati forniti possano essere trattati nel rispetto del Reg. Ue 679/2016.

DATA _____ FIRMA _____

COD. AZI.	COD. STR.	COMUNE	DESCRIZIONE STRUTTURA	INDIRIZZO FABBRICAZIONE	SELETTA (X)
352	1521	CARDANO	FONDAZIONE CECILIA CACCIA DI DEL NEGRO DOLIS	VIA SETTEMBRE 1901	
352	1522	CAMPATE GEVASSO	RES. CASA DI RUGO OLTRO GI BRUTI	VIA GARDI GIUGLI 8	
352	1528	BRINBATE SOMPA	RES. SERRANA ASSISTENZIALE SANTINI	VIA PANA GIOVANNI ZANI 4	
352	1528	ALBANO SAN SALIZADA	RES. GIOVANNI CARLO DOLIS	VIA REPUBLICA	
352	1528	CLORIO	FONDAZIONE SARTORI DOLIS	VIA GUGLIONE 1	
352	1560	VILLA DADA	RES. RIFUGIO 2 DOLIS	VIA GILVASTA	
352	1561	GATZANIGA	CASA DI RUGO SAN GIUSEPPE	VIA DANTE 25	
352	1567	URZANO	ISTITUTO OSTELL MARI DOLIS	VIA GIUGLI AN CARO NR 212	
352	1567	ALBANO	CASA MONEGHE DOLIS	VIA B. CRISTO	<input checked="" type="checkbox"/>
352	1611	MAZZA BERGAMO	FONDAZIONE DEB. BERGAMO PALLA DOLIS	VIA MONTE ROBE 2	
352	1612	ARTONA	RES. FONDAZIONE L.M. CANT. GIUSEPPE DOLIS	VIA SAN CARLO 32	
352	1622	TRIVIGLIO	FONDAZIONE N. DI SERRA TERZIO CARAVAGGIO B DOLIS	MASSA OSIDALE 2	
352	1623	CASALE	CASA SAN ANGELO M. RIGI DOLIS	VIA NATTA 1	
352	1629	BERGAMO	CARISMA	VIA MONTE GIUGLI 48	
352	1629	TOVERE	FONDAZIONE BERGAMO BILMO MARTINOLI CASA DOLIS	VIA GIUGLI 28	