

Modello Domanda di ammissione

da presentare all'Ambito 6.2 – via Falcon Vial – San Vito al Tagliamento (PN)

Al Sig. Presidente della **CASA DI RIPOSO**

.....
.....

Oggetto: **richiesta di ammissione in struttura residenziale per anziani.**

Dati anagrafici della persona richiedente o per la quale si chiede l'ammissione:

I sottoscritt_		COGNOME:			NOME:			
nat_a		COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA		PROV.	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE		
residente a		C.A.P.	COMUNE DI RESIDENZA		PROV.	INDIRIZZO (via, piazza, numero civico)		TELEFONO
Stato civile		INDICARE LO STATO CIVILE			COGNOME DEL CONIUGE		NOME DEL CONIUGE	
Documento d'identità:		NUMERO DI UN DOCUMENTO VALIDO D'IDENTITA			RILASCIATO DA:		DATA DEL RILASCIO	

Dati anagrafici di altra persona richiedente:

I sottoscritt_		COGNOME:			NOME:			
nat_a		COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA		PROV.	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE		
residente a		C.A.P.	COMUNE DI RESIDENZA		PROV.	INDIRIZZO (via, piazza, numero civico)		TELEFONO
Documento d'identità:		NUMERO DI UN DOCUMENTO VALIDO D'IDENTITA			RILASCIATO DA:		DATA DEL RILASCIO	

che agisce a nome e per conto della persona della quale si chiede l'ammissione in struttura in qualità di:

- Amministratore di sostegno Tutore Procuratore Figlio/a _____

CHIEDE

l'accoglimento presso codesta Struttura,

ovvero l'accoglimento del __ Sig. __

COGNOME:	NOME:
----------	-------

con alloggiamento in camera a due o tre posti letto singola

A tal fine si impegna:

1. a comunicare tempestivamente eventuali rinunce;
2. ad osservare incondizionatamente tutte le norme previste dal Regolamento interno di codesta Struttura.

Dichiara

1. di avere preso atto dell'ammontare della retta giornaliera di degenza;
2. di garantire che tale retta ed i suoi eventuali aumenti sarà corrisposta da:

COGNOME:	NOME:	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA
----------	-------	-----------------	--------------------

come da regolare impegnativa preliminare prodotta contestualmente alla presente;

3. ai sensi dell'art. 10 della Legge 675 del 31 dicembre 1996, di avere ricevuto completa informativa sul trattamento dei dati personali e di esprimere il proprio consenso al trattamento ed alla comunicazione dei medesimi ed in particolare di quelli considerati sensibili dall'art. 22 della medesima legge, o che possano costituire oggetto di trattamento per le finalità di una corretta gestione dei rapporti intercorrenti con la rete dei Servizi Socio Sanitari Assistenziali, le Case di Riposo, Consulenti, Enti Previdenziali ed Assistenziali, Istituti di Credito, Enti Pubblici Nazionali, Regionali e Provinciali, eccetera, sempre nei limiti per le finalità e la durata precisati nell'informativa;
4. che tutti i dati riportati sulla presente richiesta sono completi e veritieri.

Comunica

i seguenti nominativi ed indirizzi di famigliari e/o conoscenti ai quali l'Ente potrà rivolgersi in caso di necessità con le priorità indicate:

	<i>Cognome e Nome</i>	<i>Relazione di parentela</i>	<i>Indirizzo</i>	<i>Telefono</i>
1				
2				
3				
4				
5				

Allega la seguente documentazione:

- **Copia di un documento d'identità** in corso di validità
- **Copia del numero di codice fiscale**
- **Impegnativa preliminare**
- **Atto di garanzia del Comune di residenza** (ai sensi della L. 328/2000 e s.m.e.i.)
- **Relazione del Servizio Sociale** per l'inserimento dell'Ospite in struttura (Scheda Sociale);
- **Certificazione di non autosufficienza** (B.I.N.A.);
- **Scheda di Valutazione Grafica** (Val.Graf.)
- **Certificazione sanitaria**
- **Eventuale copia del verbale di accertamento d'invalidità civile**
- **Atto di nomina dell'Amministratore di sostegno o del Tutore**
- **Altri documenti allegati**

Distinti saluti.

Data _____

Firma _____

Impossibilitato a firmare per:

Teste: _____

Teste: _____

IMPEGNATIVA PRELIMINARE

Al Sig. Presidente della **CASA DI RIPOSO**

.....
.....

l sottoscritt_		COGNOME:			NOME:		
nat_a	COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA		PROV.	il	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	
residente a	C.A.P.	COMUNE DI RESIDENZA		PROV.	INDIRIZZO (via, piazza, numero civico)		TELEFONO
Stato civile	INDICARE LO STATO CIVILE		COGNOME DEL CONIUGE		NOME DEL CONIUGE		
Documento d'identità:	NUMERO DI UN DOCUMENTO VALIDO D'IDENTITA			RILASCIATO DA:		DATA DEL RILASCIO	

in relazione alla domanda di ammissione del ___ Sig. ___

		COGNOME:			NOME:		
nat_a	COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA		PROV.	il	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	
residente a	C.A.P.	COMUNE DI RESIDENZA		PROV.	INDIRIZZO (via, piazza, numero civico)		TELEFONO

si obbliga

1. al pagamento delle rette di ospitalità, nella misura e con le scadenze stabilite, per tutto il periodo di degenza della persona richiedente o per la quale si chiede l'ammissione, garantendo l'obbligazione con i propri beni mobili ed immobili, con i propri redditi e rendite di qualsiasi natura, prendendo atto che la tariffa giornaliera è stabilita al momento dell'ingresso in relazione al grado di non autosufficienza e potrà essere soggetta a variazioni dovute all'eventuale modificazione delle condizioni psico-fisiche della persona e ad aggiornamenti di volta in volta stabiliti dal Consiglio di amministrazione di codesto Ente.
2. al pagamento di ogni spesa a rimborso prevista dal Regolamento di codesta Casa di Riposo;
3. ad accettare incondizionatamente tutte le norme previste dal regolamento interno di codesta Struttura.
4. a stipulare il contratto di ospitalità all'atto dell'ammissione dell'Ospite

Firma _____

Documento di riconoscimento :

Tipo _____ n. _____
rilasciato da _____ il _____

Il Funzionario ricevente _____