

AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA

PIO ISTITUTO ELEMOSINIERE - ALBERTONE DEL COLLE

DATA PRESENTAZIONE

PROT. N.

(spazio riservato all'Amministrazione)

N. PROGR.

DOMANDA DI ACCOGLIMENTO

per
(MOD. A)

Cognome e nome

cod. fisc.

nato/a

il

e residente a

in via

c.a.p.

n. di telefono

EFFETTUATA da

Cognome e nome

Nato/a a

il

e residente a

in via

codice fiscale

c.a.p.

n. tel.

nella qualità di

☐ parente

(indicare rapporto di parentela)

☐ amministratore di sostegno;

☐ curatore o tutore;

☐ responsabile dei servizi sociali territorialmente competenti;

☐ Sindaco del Comune di residenza.

firma

Il sottoscritto _____ in qualità di richiedente dichiara di avere ricevuto completa informativa ai sensi del D.Lgs. 196/2003 ed in seguito all'entrata in vigore del Regolamento UE nr. 679/2016 ed esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati qualificati come personali dalla citata legge, con particolare riguardo a quelli cosiddetti sensibili, nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa

firma

Medico curante		n. tel. amb	
cod. tess. Sanitario		esenzioni	

Invalidità civile	☐ si	(percentuale)	☐ no	☐ in attesa
Indennità accompagnatoria	☐ si	☐ no	☐ in attesa	

Altri recapiti telefonici:

Nome e cognome		parentela	
n. tel.		e	
Nome e cognome		parentela	
n. tel.		e	

Al momento dell'ingresso l'interessato dovrà impegnarsi:

- ad osservare il Regolamento per l'accoglimento che alleghiamo in copia;
- al pagamento della retta giornaliera, al netto di eventuali contributi regionali.

Il richiedente informa che il pagamento della retta avverrà:

- ☐ totalmente a carico dell'Ospite
- ☐ con integrazione da parte dei familiari
- ☐ con intervento del Comune di Residenza

-
- ❖ Si informa fin d'ora che l'accoglimento comporta la sistemazione in stanze con numero di posti prestabiliti, in relazione alla disponibilità di letti liberi. Eventuali richieste per spostamenti interni in camera singola o doppia possono essere sottoposte alla Direzione successivamente all'ingresso dell'Ospite-Cliente nella Residenza.
 - ❖ La presente istanza ha validità 12 mesi alla scadenza dei quali dovrà essere rinnovata in forma scritta (modello fornito dall'Amministrazione). Le domande scadute e non rinnovate perdono ogni efficacia (art. 7 del Regolamento per l'accoglimento e la permanenza degli ospiti/clienti nella Residenza per anziani) e verranno cancellate d'ufficio dalla lista d'attesa.
-

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI ACCOGLIMENTO:

- | |
|---|
| ☐ certificato redatto dal medico curante |
| ☐ fotocopia documento d'identità valido del sottoscrittore della domanda |

DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE AL MOMENTO DELL'ACCOGLIMENTO IN RESIDENZA

- | |
|--|
| ☐ fotocopia codice fiscale |
| ☐ fotocopia tessera sanitaria |
| ☐ dichiarazione sostitutiva di certificazioni ai sensi dell'art. 46 del Dpr 445/2000 attestante lo stato di famiglia, la residenza, l'identificazione della paternità e della maternità |
| ☐ fotocopia documento d'identità valido |
| ☐ eventuale copia verbale di invalidità |
| ☐ eventuale autorizzazione per presidi sanitari (pannoloni - traverse – cateteri, ecc); |
| ☐ altra documentazione sanitaria relativa alla storia clinica ed assistenziale |
| ☐ fotocopia del versamento in c/cauzione; |