

PIO ISTITUTO ELEMOSINIERE - ALBERTON DEL COLLE

AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA

DOMANDA di AMMISSIONE (Mod. A)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ in Via _____ n. _____
tel. _____/_____ nella sua qualità di _____

**RIVOLGE ISTANZA IMPEGNANDOSI A CORRISPONDERE LA RETTA DI OSPITALITA' RICHIESTA
AFFINCHÉ VENGA ACCOLTO PRESSO L'ASP IL SIG./SIG.RA**

_____ nato/a a _____ il _____ e residente a _____
in Via _____ n. _____ tel. _____/_____
codice fiscale _____ Tessera Sanitaria CRA n. _____
ASS di appartenenza _____ medico curante _____
convivenza familiare (specificare se vive solo o con chi vive) _____
stato civile _____ figli n. _____
se ospite di un'altra struttura indicare quale _____

A TAL FINE DICHIARA

- di autorizzare l'Asp Pio Istituto Elemosiniere – A. del Colle a chiedere all'UVD presso l'Asp territorialmente competente la valutazione del bisogno socio-sanitario del Sig./Sig.ra _____;
- di essere a conoscenza del vigente sistema tariffario e dei vigenti importi delle rette praticate dall'Asp;
- che, ai fini di quanto stabilito dall'art. 1 comma 5 del Regolamento per l'accoglimento e la permanenza degli ospiti, l'onere del pagamento delle rette coobbligandosi in solido con l'interessato sarà assunto dal Sig./Sig.ra _____ come da specifico atto di impegno allegato alla presente istanza (mod. B) oppure che il pagamento verrà garantito dal Comune di residenza in quanto _____

_____ (In quest'ultimo caso prima dell'ingresso sarà richiesto l'atto di impegno del Comune);

- che l'interessato è titolare delle seguenti pensioni:

Ente _____ n. libretto _____ importo annuo _____ ;
Ente _____ n. libretto _____ importo annuo _____ ;
Ente _____ n. libretto _____ importo annuo _____ ;
Ente _____ n. libretto _____ importo annuo _____ ;
Ente _____ n. libretto _____ importo annuo _____ ;

- che ogni comunicazione deve essere inviata al Sig./Sig.ra _____
residente a _____ in Via _____ n. _____
tel. _____/_____ email _____;

PIO ISTITUTO ELEMOSINIERE - ALBERTON DEL COLLE

AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA

- il recapito degli altri familiari di riferimento:

1) nome _____ parentela _____ residente a _____

in Via _____ n. _____ tel. _____/_____ ;

2) nome _____ parentela _____ residente a _____

in Via _____ n. _____ tel. _____/_____ ;

3) nome _____ parentela _____ residente a _____

in Via _____ n. _____ tel. _____/_____ ;

4) nome _____ parentela _____ residente a _____

in Via _____ n. _____ tel. _____/_____ ;

- che il sottoscritto si impegna e si obbliga a provvedere all'accoglimento in famiglia o al ricovero in un'altra struttura del Sig./Sig.ra _____ qualora non si attenga alle disposizioni ed alle norme vigenti tempo per tempo che regolano la Casa di Riposo, oppure, come meglio dichiarato nel mod. C allegato alla presente, qualora il peggioramento delle condizioni di salute dello stesso/a sia tale da non permetterne più la permanenza in struttura a causa dei limiti autorizzativi;

- di allegare alla presente domanda:

- modello B - impegnativa di pagamento della retta;
- modello C - dichiarazione di conoscenza e responsabilità su destinazione della Struttura;
- copia documento di identità e codice fiscale di chi sottoscrive la domanda;
- certificato di residenza e stato di famiglia oppure dichiarazione sostitutiva dell'anziano cui viene richiesto l'accoglimento;
- copia documento di identità e codice fiscale dell'anziano;
- copia tessera sanitaria dell'anziano, quella di carta;
- copia del certificato di invalidità dell'anziano (solo se presente);
- copia dei certificati di pensione sopraindicati o documento equivalente;

_____ li _____ (firma del richiedente) _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto/a _____ dichiara inoltre, di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui al decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e successive modifiche ed integrazioni che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente per la gestione degli adempimenti relativi al procedimento per il quale si rilascia la presente dichiarazione.

_____ li _____ (firma del richiedente) _____