

Cupramontana, li _____

Al signor Presidente
degli Istituti Riuniti di Beneficenza
Via M. Ferranti nr. 51
60034 Cupramontana (An)

Oggetto: Domanda di ammissione nella Casa di Riposo per Anziani di Cupramontana.

_____ sottoscritt _____
nat _____ a _____ il _____ residente in _____
Via _____ n. _____ (tel. n. _____),
chiede, in qualità di _____, in nome e per conto del
sig. _____ nat _____ a _____
il _____ residente a _____ in via _____,
impossibilitat__ a firmare la presente istanza perché _____, di
ospitare il suddetto presso la struttura socio-assistenziale gestita da codesto Ente, nel reparto:

- protetto, per persone non autosufficienti stabilizzate, ma abbisognevole di prestazioni assistenziali e infermieristiche di un certo rilievo;
- Casa di Riposo.

_____ sottoscritt__ si impegna al pagamento della retta di ricovero, nell'importo che sarà stabilito dall'Amministrazione dell'Ente, in rate mensili anticipate, entro il giorno 10 di ciascun mese di competenza, così pure al pagamento di ogni altro onere conseguente il servizio;

_____ sottoscritt__ dichiara di aver preso visione delle rette vigenti e dichiara di essere consapevole che le stesse vengono deliberate ed aggiornate di anno in anno.

Si impegna a rispettare le disposizioni previste nel regolamento che disciplina l'attività e il funzionamento della struttura.

Allega alla presente la seguente documentazione:

- Scheda regionale di valutazione dell'autosufficienza, da compilarsi dal proprio medico curante (nella diagnosi va specificata l'affezione o meno da malattie infettive e per i casi in cui si richiede il ricovero in reparto protetto, tale richiesta va specificata nella parte relativa agli interventi chiesti);
- Scheda di rilevazione generale delle condizioni psichiche-fisiche, da compilarsi anch'essa dal medico curante.
- fotocopia di un proprio documento di riconoscimento.
- fotocopia del documento di riconoscimento del _____ sig. _____

Dichiara che __ sig. __ _____ ha i seguenti parenti prossimi (in mancanza di parenti obbligati, indicare persone a cui poter comunque fare riferimento in caso di bisogno), oltre al sottoscritto:

Nome e cognome	grado di Parentela	Residenza	n. telefono

IMPEGNO DEI FAMILIARI O ALTRI SOGGETTI AL PAGAMENTO DELLA RETTA

__ sottoscritt __ , _____

parent __ obligat __ agli alimenti, ai sensi dell'art. 433 del C.C., de __ sig _____

oppure
in quanto _____ l ____
sig. _____

si impegn _____ ad effettuare il regolare pagamento della retta di ricovero, per conto del ____
suddett ____, ed a sostenere ogni altro onere derivante dal ricovero.

Firma

Autorizzazione al trattamento dei dati personali

Si autorizza l'Amministrazione della Casa di Riposo di Cupramontana ad utilizzare i dati personali esposti nella presenta domanda, ed in caso di accoglimento della stessa, di tutti quei dati del ricoverato, anche di carattere sanitario, che saranno necessari in futuro, per gli usi amministrativi e di assistenza di rito, per valutazioni statistiche e quant'altro, in rispetto alle prescrizioni della vigente normativa in materia.

firma
