

DATA ...../...../.....
N° PROG. ....

### DOMANDA ACCOGLIMENTO IN RSA VILLA CARPANEDA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A COGNOME ..... NOME .....

NATO/A A ..... IL ...../...../.....

RESIDENTE A .....

CODICE FISCALE ..... TESSERA SANITARIA N°1 ..... ATS N° .....

TELEFONO ..... CELLULARE .....

#### CHIEDE DI POTER USUFRUIRE DI:

<input type="checkbox"/> <b>NUCLEO ALZHEIMER</b>	<input type="checkbox"/> <b>RICOVERO IN R.S.A.</b>	<input type="checkbox"/> <b>RICOVERO IN R.S.A SOLVENZA</b>
--	--	--

#### PER:

<input type="checkbox"/> <b>SE STESSO/A</b>	<input type="checkbox"/> <b>IL/LA SIGNOR/SIGNORA</b>
---	--

COGNOME ..... NOME .....

NATO/A A ..... IL ...../...../.....

RESIDENTE A .....

CODICE FISCALE ..... TESSERA SANITARIA N°1 ..... ATS N° .....

TELEFONO 1 ..... TELEFONO 2 .....

CELLULARE 1 ..... CELLULARE 2 .....

MAIL.....

Luogo e data ..... Firma del richiedente .....

## NORME e/o MODALITÀ PER L'ACCOGLIMENTO IN STRUTTURA

### PER L'OSPITE

- All'ingresso vanno consegnati i seguenti documenti in originale:
- CODICE FISCALE
  - CARTA DI IDENTITÀ
  - TESSERA SANITARIA
  - SCHEDA ELETTORALE (SE IL RICOVERO SI STIMA ESSERE DEFINITIVO)
  - RELAZIONE MEDICA E SCHEDA TERAPIA DELL'ULTIMA SETTIMANA

### PER IL RICHIEDENTE

- Il richiedente che firmerà l'impegnativa di ricovero dovrà fornire il proprio Codice Fiscale.
- Al momento dell'ingresso va effettuato un deposito cauzionale fruttifero di € 1.500,00 (euro millecinquecento/00) tramite bonifico bancario (IBAN IT IT13A 08324 56400 00000061545) o assegno intestato a: GRUPPO GHERON SRL

### Nota:

Se l'ingresso in struttura è a carico del Comune di residenza, il Comune dovrà far pervenire una impegnativa di presa in carico.

La retta giornaliera per la permanenza in RSA è di: € 56,00 (cinquantasei/00 euro/die) in camera doppia/tripla e di € 69,00 (sessantanove/00 euro/die) in camera singola.

La retta giornaliera per la permanenza in Nucleo Alzheimer è di € 58,00 (cinquantotto/00 euro/die) sia per la camera doppia che tripla.

La retta giornaliera per la permanenza in RSA in Solvenza è di: € 75,00 (settantacinque/00 euro/die) in stanza doppia e di 80 (ottanta /00 euro/ die) in stanza singola.

Il/La sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_, Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

In Qualità di \_\_\_\_\_

Si impegna ad osservare le norme e/o modalità sopra descritte.

Luogo e data ..... Firma .....