

## DOMANDA ACCOGLIMENTO IN STRUTTURA SANITARIA RIABILITATIVA

IL SOTTOSCRITTO, COGNOME ..... NOME .....

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

RESIDENTE A .....

ISCRITTO AL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE TESSERA N° ..... CHIEDE:

“DI ESSERE ACCOLTO IN STRUTTURA SANITARIA RIABILITATIVA CON DEGENZA A TEMPO PIENO”

### PARTE RISERVATA AI FAMIGLIARI

IL SOTTOSCRITTO, COGNOME ..... NOME .....

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

RESIDENTE A .....

GRADO DI PARENTELA ..... TEL ..... CELL .....

E' STATO INFORMATO C H E :

IL RICOVERO È A TERMINE, E SI IMPEGNA A PROVVEDERE AL PROPRIO CONGIUNTO ALL'ATTO DELLA DIMISSIONE.

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

Allegati:

- Certificato di residenza
- Prescrizione del trattamento
- Relazione socio-sanitaria che dimostri l'opportunità del trattamento riabilitativo a degenza piena
- Relazione medica sulle condizioni cliniche e relativa terapia, non antecedente all'ultima settimana

---

## INFORMAZIONE PER I FAMILIARI

---

### Importante

Sull'impegnativa medica deve essere riportata la seguente dicitura:

**"SI RICHIEDE RICOVERO RIABILITAZIONE VILLA  
CARPANEDA PER CICLO RIABILITATIVO"**

Inoltre ad integrazione della domanda:

#### **A. PER UTENTE**

All'ingresso vanno consegnati i seguenti documenti in copia:

- CODICE FISCALE
- CARTA DI IDENTITÀ
- ESENZIONI IN ATTO
- TESSERA SANITARIA
- RELAZIONE MEDICA E SCHEDA TERAPIA DELL'ULTIMA SETTIMANA

#### **B. PER il RICHIEDENTE**

Il richiedente che firmerà il contratto di ricovero dovrà fornire il proprio Codice Fiscale.

#### **Nota:**

La retta è completamente garantita dal Servizio Sanitario Nazionale, a carico dell'UTENTE e/o RICHIEDENTE vi sono le sole spese esplicitate nel contratto (trasporti, servizi aggiuntivi e lavanderia).