

Al Responsabile della Residenza per la Terza Eta'

Oggetto: richiesta di ammissione in struttura residenziale

Dati anagrafici della persona richiedente o per la quale si chiede l' ammissione:

_ l _ sottoscritt _ _____ nome _____

Nat_a _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov _____ Via _____
n. _____

Stato civile _____ nome e cognome del coniuge

Documento d'identità _____ N. _____ rilasciato da

Che agisce a nome e per conto della persona della quale si chiede l' ammissione in struttura in qualità di:

Figlio/a

Tutore

Amministratore di sostegno

Procuratore

CHIEDE

L'accoglimento presso codesta Struttura,

del __ Sig__ _____ nome _____

nat _a _____ Prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____

Residente a _____ Prov _____ Via _____
n _____

Stato civile _____

Patologia: _____

Con alloggiamento in camera : **Doppia euro** _____ **Singola euro** _____

biancheria n. _____

Si obbliga

1. Di aver preso atto dell'ammontare della retta mensile e di corrisponderla entro il 5 del c.m.
2. Al pagamento di ogni spesa extra: Fisioterapia, spese mediche non riconosciute dal Servizio Sanitario Nazionale, Parrucchiera/barbiere, podologa.
3. Ad accettare incondizionatamente tutte le norme previste dal regolamento interno di codesta Struttura.
4. A stipulare il contratto di ospitalità all'atto dell'ammissione dell'Ospite.

Comunica

I seguenti nominativi ed indirizzi di famigliari e/o conoscenti ai quali la struttura potrà rivolgersi in caso di necessità con le priorità indicate:

1. Cognome _____ Nome _____

Relazione parentela _____

Indirizzo _____ Città _____

Pr. _____

Telefono _____ cell. _____ email _____

2. Cognome _____ Nome _____

Relazione parentela _____

Indirizzo _____ Città _____

Pr. _____

Telefono _____ cell. _____ email _____

Allega la seguente documentazione:

- Copia di un documento d'identità in corso di validità
- Copia del numero di codice fiscale
- Eventuale copia del verbale di accertamento d'invalidità civile
- Certificazione sanitaria , elenco con gli orari di somministrazione dei farmaci e scorta degli stessi.
- Atto di nomina dell'Amministratore di sostegno e del Tutore.
- Altri documenti allegati _____

Distinti Saluti.

Data _____ Firma _____

Impossibilitato a firmare per:

_____ Teste _____