



AZIENDA DI SERVIZI ALLA PERSONA
“CASTRIOTA E CORROPPOLI”
Via PAPA GIOVANNI XXIII, 4 71010 CHIEUTI (FG)
TEL./FAX 0882689696 TEL. 0882689477
P.IVA 03728910716 - C. F. 93052290710
E – MAIL: mariaimmacolatacasadiriposo@virgilio.it

DOMANDA DI ACCETTAZIONE

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A IL _____ A _____

INGRESSO _____ STANZA _____

DIMISSIONI _____

IL SOTTOSCRITTO _____

NATO /A IL _____ A _____

RESIDENTE IN _____

VIA _____ N. _____

PRESSO _____

TITOLO DI STUDIO _____

ATTIVITA' SVOLTA _____

PENSIONE: ENTE EROGATORE _____ CATEGORIA _____

IMPORTO _____ ALTRI EVENTUALI REDDITI _____

PROPRIETA' _____

MEDICO CURANTE _____

TESSERA SANITARIA _____

STATO CIVILE: _____

CONIUGATO CON _____

VEDOVO/SEPARATO DAL _____

FIGLI (Cognome, Nome, Professione, Indirizzo, Numero Telefonico)

FRATELLI, SORELLE, NIPOTI ED AFFINI (Grado Di Parentela, Nome, Cognome, Professione, Indirizzo e numero Telefonico)

CHIEDE

di essere ospitato presso codesta CASA DI RIPOSO

DICHIARA

- sotto la sua diretta responsabilità, di aver preso esatta e dettagliata visione del vigente Statuto e Regolamento Interno;

- di impegnarsi, come stabilito dall'art. 6 del vigente regolamento, ad osservare integralmente ogni norma contenuta in esso ed ogni altra disposizione e prescrizione della Direzione, pena l'allontanamento dalla Casa;

Firma _____

Per poter essere ospitato presso codesta Casa di Riposo allego alla presente domanda di accettazione i seguenti documenti:

- 1) certificato di nascita, certificato di residenza, stato di famiglia integrale;
- 2) estratto di matrimonio;
- 3) modello 201 della pensione o fotocopia del 740 dell'anno precedente o documento analogo;
- 4) certificato medico attestante le condizioni generali di salute e l'esenzione da malattie infettive e mentali.

Successivamente all'ingresso nella Casa di Riposo, il/la sottoscritto/a si impegna a sostenere un colloquio informativo con la responsabile del servizio che accerterà lo stato psico - mentale e la possibilità di adattamento alla vita comunitaria.

Il medico curante dell'ospite, verificherà e certificherà le condizioni generali di salute.

Comunico che la persona a cui rivolgersi per ogni necessità ed urgenza è:

_____ via _____

Tel. _____

GARANZIA

IL SOTTOSCRITTO _____

NATO/A IL _____ A _____

RESIDENTE IN _____ VIA _____

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO N. _____

DICHIARA

DI ASSUMERE A FAVORE DI _____

(OSPITE) nei confronti della A.S.P. CASTRIOTA E CORROPPOLI l'obbligo degli alimenti di cui all'art. 433 e segg. Cod. Civ. e di garantire senza beneficio di preventiva escussione e adempimento di tutti gli obblighi verso la A.S.P. CASTRIOTA E CORROPPOLI assunti dal

sig. _____

in particolare a provvedere personalmente al pagamento della retta, a semplice richiesta della direzione della A.S.P. .

Firma _____

L'assunzione dell'onere della retta di ricovero nella misura di € _____
Del contributo fisso mensile

A decorrere dal _____

Visto: Il Capo Servizio del settore amministrativo e socio – assistenziale.

(Sig.ra Rita Carrara)

Chieuti _____