



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](mailto: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 il responsabile del servizio che accerterà 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 \_\_\_\_\_