

CONTRATTO DI OSPITALITA'

Premesso che il/la Sig./Sig.ra _____

ha inoltrato domanda di inserimento alla struttura, con l'accettazione del relativo regolamento, e che in data _____ l'Amministrazione ha comunicato al/alla richiedente la relativa disponibilità:

TRA

La Casa di Riposo Don Orione, nella persona del Direttore o del Responsabile di Struttura, autorizzato alla stipula del presente atto

E

Il/La Sig./Sig.ra _____

Nata/o a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____ Codice Fiscale _____

Il/La Sig./Sig.ra _____

Nata/o a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ Prov. _____ Codice Fiscale _____

In qualità di coobbligato solidale

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE:

1. La premessa è parte integrante e sostanziale del contratto.
2. L'importo mensile della retta è di euro _____
3. La retta stabilita annualmente dalla Direzione, dovrà essere versata anticipatamente entro e non oltre il quinto giorno del mese, tramite **Bonifico Bancario**, C/c 195425 BANCA D'ALBA, intestato a Casa di Riposo Don Orione Via Mazzini, 24 PONTECURONE. Cod IBAN **IT95H085304867000000195425** IT oppure su **BancoPosta** COD.IBAN **IT69M0760110400000011470150** indicando la causale, il mese di competenza, il Cognome e Nome dell'Ospite a cui si riferisce.
4. L'Ospite ed il terzo coobbligato prendono atto che l'importo della retta potrà essere variato nel corso dell'anno qualora lo stato fisico e/o mentale dell'Ospite stesso mutasse e si rendesse necessaria (a giudizio della Direzione) l'erogazione di prestazioni di tipo assistenziale e sanitario aggiuntive. La Direzione darà tempestiva comunicazione scritta del nuovo importo della retta all'interessato e al terzo coobbligato, comunicazione che dovrà essere sottoscritta per accettazione, salvo la difficoltà di recesso.
5. In caso di mancato versamento della retta, verrà informata la famiglia e/o il terzo coobbligato per verificare le motivazioni e prendere gli opportuni provvedimenti.
6. Nessun rimborso è previsto per assenze temporanee di qualsiasi durata e dovute a qualsivoglia motivo. Se l'assenza, per motivate e gravi ragioni, dovesse superare i 15 giorni, la retta sarà ridotta del 50% per i giorni di assenza.
7. L'Ospite può recedere al contratto stipulato con la Direzione dandone preavviso per iscritto con quindici giorni di anticipo; in caso contrario pagherà i successivi quindici giorni dalla data delle dimissioni.
8. I costi relativi a: esami di laboratorio e diagnostici, visite specialistiche, trasporti sanitari in ambulanza, servizi interni di parrucchiera e podologia, non sono compresi nella retta mensile, ma sono a carico dell'Ospite e/o del terzo coobbligato. I costi delle prestazioni di riabilitazione fisioterapica non contemplate né previste dal Piano di Assistenza Individualizzato (PAI), sono a carico dell'Ospite o del terzo coobbligato. Per quanto concerne il servizio di lavanderia, è compreso nella retta il lavaggio della biancheria piana (letto), intima e personale. Non si risponde per capi di biancheria particolarmente delicati: seta, lane pregiate ecc.
9. La fornitura di pannoloni e medicinali non forniti direttamente da ASL, sono interamente a carico dell'Ospite e/o del terzo coobbligato. L'Amministrazione, in nome e per conto dell'Ospite, su parere del medico curante, richiede all'ASL la dotazione di ausili; la Struttura è depositaria degli ausili a provvede alla relativa restituzione.

Qualora l'Ospite richieda o necessiti di ausili sanitari particolari, la relativa fornitura ed i costi sono a carico dell'Ospite stesso e/o del terzo coobbligato.
10. Il vitto viene somministrato in base ad apposite tabelle dietetiche approvate dal competente servizio dell'ASL.
11. La Direzione della Struttura ha la facoltà, per esigenze sanitarie, organizzative o di miglior convivenza, di trasferire l'Ospite da un nucleo all'altro o da una camera all'altra, previa comunicazione all'interessato e/o ai familiari.

CASA DI RIPOSO DON ORIONE - PONTECURONE

Via Mazzini n.24, 15055 Pontecurone (AL)

Tel. 0131/887411 Fax 0131/887623

12. Nella Struttura non è ammessa la presenza di personale estraneo che presti assistenza socio-sanitaria all'Ospite. Tuttavia sarà ammessa la presenza di parenti, o loro delegati, qualora l'Ospite versi in gravi condizioni. Questi, muniti cartellino di riconoscimento, potranno assisterlo concordando gli orari con la Direzione e firmando l'apposito modulo.
13. La Direzione non assume alcuna responsabilità per furto o danneggiamento di cose di proprietà dell'Ospite. Né assume alcuna responsabilità per incidenti fortuiti in cui possa eventualmente incorrere l'Ospite, né per atti pregiudizievoli a danno di terzi eventualmente compiuti dall'Ospite stesso.
14. Qualora l'Ospite tenga una condotta non conveniente, in violazione al regolamento interno, fosse di grave disturbo o danno ad altre persone, oppure le sue condizioni di salute si aggravassero per rendere necessario il ricovero presso altra struttura più idonea, la Direzione si riserva il diritto di dimetterlo, con preavviso scritto per otto giorni.
15. Il presente contratto ha validità per il periodo di permanenza dell'Ospite presso la Struttura, fatte salve le condizioni di cui al punto 2 e successive modifiche ed integrazioni.

Pontecurone, _____

OSPITE

Il contraente Ospite ed il Terzo coobbligato solidale dichiarano di aver letto con attenzione il contratto di cui sopra, in particolare di sottoscrivere ed approvare ai sensi dell'Art. 1341 C.C. le clausole dal n. 3 al n. 15

L'Ospite

Terzo coobbligato solidale

La Direzione
