

Domanda di ammissione

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a (.....) il

Residente a

Via – Piazza n° Prov.

Tel cell.

Mail.

CHIEDE CHE

COGNOME **NOME**

Nato/a **Prov.** **il**

Residente a **Prov.**

Via **n°**

Tel...... **Cell**

Stato civile

Titolo di studio: analfabeta/elementare/media inferiore/media superiore/laurea in.....

Lavoro svolto

Venga accolto presso la Casa di Riposo Don Orione di PONTECURONE:

Attualmente la persona di trova in: Casa propria

Ospedale di Casa di Riposo di

RISPETTO AL RICOVERO HA PARTECIPATO ALLA DECISIONE?

SI

NO

Indirizzo dei parenti e grado di parentela:

1-

2-

3-

PERSONE O ENTI GARANTI PER L'OSPITE

1. Signor grado di parentela

Residente a via n°

Prov..... Tel Cell

Doc. Identità Rilasciato il

da

2. Signor grado di parentela

Residente a via n°

Prov..... Tel Cell

Doc. Identità Rilasciato il

da

Il sottoscritto/I sottoscritti, presa visione del regolamento che disciplina l'accoglienza e la permanenza presso la Casa di Riposo, lo accetta/lo accettano e si obbliga/si obbligano in solido a corrispondere la retta e tutte le altre spese a carico dell'ospite.

Data:

Firma:

La presente domanda ha validità di quattro mesi dalla data della presentazione dopo i quali, chi è ancora interessato deve rinnovarla per rimanere in lista di attesa

1^ data rinnovo FIRMA

2^ data rinnovo FIRMA

NOTA BENE:

1. Nel caso che un ospite, accettato come autosufficiente o parzialmente autosufficiente dovesse aggravarsi, la retta sarà adeguata alla nuova situazione.
2. I farmaci della fascia C a totale carico del paziente o vengono acquistati direttamente dai familiari o dalla Casa di Riposo nella farmacia locale. Nel secondo caso si prega di specificare se, per il rimborso, si desidera lo scontrino fiscale o una semplice ricevuta con l'esatta indicazione del farmaco e il rispettivo costo.