

*Azienda pubblica di servizi alla persona "Stati Uniti d'America"*  
*Via Stati Uniti d'America 10*  
*VILLA SANTINA*

DATA PRESENTAZIONE

PROT. N.

N. Progr.

(spazio riservato all'Amministrazione)

## DOMANDA DI ACCOGLIMENTO

**per**  
**(MOD. A)**

Cognome e nome

cod. fisc.

nato/a

/i

e residente a

in via

c.a.p.

n. di telefono

### EFFETTUATA da

Cognome e nome

Nato/a a

il

e residente a

in via

codice fiscale

c.a.p.

n. tel.

nella qualità di

- parente;
- amministratore di sostegno;
- curatore o tutore;
- responsabile dei servizi sociali territorialmente competenti;
- Sindaco del Comune di residenza.

firma \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di richiedente dichiara di avere ricevuto completa informativa ai sensi del D.Lgs. 196/2003 ed in seguito all'entrata in vigore del Regolamento UE nr. 679/2016 ed esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati qualificati come personali dalla citata legge, con particolare riguardo a quelli cosiddetti sensibili, nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa

firma \_\_\_\_\_

Medico curante	<input type="text"/>	n. tel. amb.	<input type="text"/>
cod. tess. Sanitario	<input type="text"/>	esenzioni	<input type="text"/>

Invalità civile	<input type="checkbox"/> si (percentuale _____)	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> in attesa
Indennità accompagnatoria	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> in attesa

Altri recapiti telefonici:

Nome e cognome	<input type="text"/>	parentela	<input type="text"/>
n. tel.	<input type="text"/>	e	<input type="text"/>
Nome e cognome	<input type="text"/>	parentela	<input type="text"/>
n. tel.	<input type="text"/>	e	<input type="text"/>

Al momento dell'ingresso l'interessato dovrà impegnarsi:

- ad osservare il Regolamento per l'accoglimento che alleghiamo in copia;
- al pagamento della retta giornaliera, al netto di eventuali contributi regionali.

Il richiedente informa che il pagamento della retta avverrà:

- totalmente a carico dell'Ospite
- con integrazione da parte dei familiari
- con intervento del Comune di Residenza

❖ Si informa fin d'ora che l'accoglimento comporta la sistemazione in stanze con numero di posti prestabiliti, in relazione alla disponibilità di letti liberi. Eventuali richieste per spostamenti interni in camera singola o doppia possono essere sottoposte alla Direzione successivamente all'ingresso dell'Ospite-Cliente nella Residenza.

❖ La presente istanza ha validità 12 mesi alla scadenza dei quali dovrà essere rinnovata in forma scritta (modello fornito dall'Amministrazione). Le domande scadute e non rinnovate perdono ogni efficacia (art. 7 del Regolamento per l'accoglimento e la permanenza degli Ospiti-Clienti nella Residenza per anziani) e verranno cancellate d'ufficio dalla lista d'attesa.

### DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI ACCOGLIMENTO:

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> certificato redatto dal medico curante                                 |
| <input type="checkbox"/> fotocopia documento d'identità valido del sottoscrittore della domanda |

### DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE AL MOMENTO DELL'ACCOGLIMENTO IN RESIDENZA

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> fotocopia codice fiscale  |
| <input type="checkbox"/> fotocopia tessera sanitaria   |
| <input type="checkbox"/> dichiarazione sostitutiva di certificazioni ai sensi dell'art. 46 del Dpr 445/2000 attestante lo stato di famiglia, la residenza, l'identificazione della paternità e della maternità |
| <input type="checkbox"/> fotocopia documento d'identità valido   |

(mod. A)

<input type="checkbox"/> eventuale copia verbale di invalidità
<input type="checkbox"/> eventuale autorizzazione per presidi sanitari (pannoloni - traverse – cateteri, ecc);
<input type="checkbox"/> altra documentazione sanitaria relativa alla storia clinica ed assistenziale
<input type="checkbox"/> fotocopia del versamento in c/cauzione;