



Al Consiglio di Amministrazione
Fondazione Onlus Casa di Riposo Beata Cristina
Via Benefattori 24 Calvisano (BS)

Oggetto: **Domanda di inserimento presso la R.S.A. "BEATA CRISTINA"**

Tipologia Richiesta:

Ricovero Ordinario ☐

Ricovero Solvente ☐

Con la presente io sottoscritto/a _____, in qualità di
(Grado parentela, Tutore, Amministratore di Sostegno) _____
sono a sottoporre la richiesta di inserimento, in base alle tipologie sopra evidenziate, presso la R.S.A. in
indirizzo, del Sig./Sig.ra*:

Riportare i dati dalla persona	Cognome Nome _____
	Nato/a a _____ (____) il _____
	Residente a _____ (____) Via _____ n. _____
	Medico Curante _____ Tessera San. _____
	C. F. / / / / / / / / / / / / / / / /
	Percentuale Invalidità _____ Indennità Accompagnamento ☐ Si ☐ No

*impedito/ta a rendere dichiarazione per ragioni connesse allo stato di salute.

Al fine di perfezionare tutte le procedure di ingresso presso la Vostra struttura della persona sopra indicata mi farò carico, all'atto dell'ammissione stessa, di sottoscrivere il Contratto d'ingresso, l'impegno di spesa per il pagamento della retta e di produrre la documentazione richiesta. Comunico che, al momento, potrete contattare il/la sottoscritto/a o gli altri soggetti da me indicati come persone di riferimento.

Persone di riferimento

1) **Cognome e Nome** _____

Indirizzo _____

Comune _____

Telefono/Cell _____ **E-mail** _____

Rapporti con l'Ospite: Parente (specif.), Tutore, Amm. di Sostegno _____

2) **Cognome e Nome** _____

Indirizzo _____

Comune _____

Telefono/Cell _____ **E-mail** _____

Rapporti con l'Ospite: Parente (specif.), Tutore, Amm. di Sostegno _____

A tale scopo:

- 1) Dichiaro di assumermi ogni responsabilità in merito alla compilazione della presente domanda ed alla veridicità dei dati in essa contenuti
- 2) di essere a conoscenza e di accettare senza eccezione o riserva il “Regolamento per l’ammissione la permanenza e la dimissione degli Ospiti”, ed eventuali aggiornamenti futuri che, sottoscritto per accettazione, allego come parte integrante alla presente domanda;
- 3) di essere a conoscenza che la retta di degenza può variare a giudizio insindacabile del Consiglio di Amministrazione ed ad effettuare il pagamento della stessa come indicato nel contratto di assistenza;
- 4) ad accompagnare il Sig./ra _____ nella RSA entro max 5 giorni dalla comunicata accettazione del posto letto.
- 5) di impegnarmi a fornire tutti i dati e la documentazione che verranno richiesti al momento dell’ingresso;
- 6) di ricevere l’informativa per l’Amministratore di Sostegno: “Tutela della persona fragile con limitata capacità di agire”.
- 7) Nel caso di comunicazione della disponibilità di un posto letto ordinario, l’eventuale rinuncia comporta lo spostamento della domanda in coda alla Lista d’Attesa della RSA o, se richiesta, la cancellazione dalla stessa.

ALLEGATI:

- Certificato medico della persona per la quale si chiede l’ospitalità;
- Questionario Raccolta dati;
- Regolamento ammissione permanenza e dimissione Ospiti sottoscritto per accettazione;

Luogo

Data

I___ RICHIEDENT___

Riservato all’Ufficio Amministrazione

Ricevuta in data _____

Comunicazione disponibilità ___ / ___ / ____

Comunicazione disponibilità ___ / ___ / ____

Accetta ___ / ___ / ____

Accetta ___ / ___ / ____

Rinuncia ___ / ___ / ____

Rinuncia ___ / ___ / ____