#### DOMANDA DI AMMISSIONE

#### DOMANDA DI AMMISSIONE

Spett.le

A.P.S.P. – CENTRO RESIDENZIALE “A. COLLINI”

Via Genova, 84

38086 PINZOLO (TN)

 \_l\_ sottoscritt\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_

**C H I E D E**

di essere accolto/a presso l’ A.P.S.P. “ Centro Residenziale A. Collini”

**A tal fine si impegna:**

1. a comunicare tempestivamente eventuali rinunce;
2. ad osservare il Regolamento della Struttura;
3. ad accettare eventuali provvedimenti motivati di dimissione.

D I C H I A R A

(consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace,

così come stabilito dall’art. 76 del DPR 445/2000 e dalla decadenza dei benefici conseguiti)

□ di essere cittadino/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ stato civile: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ che lo stato famiglia è così composto:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| GRADO DI PARENTELA | COGNOME E NOME | LUOGO DI NASCITA | DATA DI NASCITA |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

□ di possedere il seguente titolo di studio di:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ di avere la seguente qualifica professionale di: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

D I C H I A R A

* di avere preso atto dell’ammontare della retta giornaliera di degenza;
* ai sensi dell’art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196, di avere ricevuto dal Centro Residenziale “A.Collini” completa informativa sul trattamento dei dati personali e di esprimere il proprio consenso al trattamento ed alla comunicazione dei medesimi ed in particolare di quelli considerati sensibili dall’art. 26 della medesima legge, o che possano costituire oggetto di trattamento per le finalità di una corretta gestione dei rapporti intercorrenti con il Centro Residenziale “A. Collini”, Consulenti, Enti Previdenziali ed Assistenziali, Istituti di Credito, Enti Pubblici Nazionali, Regionali e Provinciali, eccetera, sempre nei limiti per le finalità e la durata precisati nell’informativa;
* di aver ricevuto copia della Carta dei Servizi del Centro Residenziale “A. Collini”

D E L E G A

(eventuale per ospiti non autosufficienti)

Il/La Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(grado di parentela) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla elezione e partecipazione dei rappresentanti degli ospiti nel Consiglio di Amministrazione.

**C O M U N I C A**

i seguenti nominativi ed indirizzi di famigliari e/o conoscenti ai quali l’Ente potrà rivolgersi in caso di necessità*:*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| GRADO DI PARENTELA | NOME E COGNOME | INDIRIZZO | TELEFONO / EMAIL |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

NOTE: …..….…………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………….

# Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma dell’utente

# (o amministratore di sostegno/tutore)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dichiarazione resa ai sensi dell’art. 4 del DPR 28/12/2000 n. 445**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_) residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (coniuge o in sua assenza dai figli o in mancanza di questi da un altro parente in linea retta o collaterale fino al terzo grado) del signor/della signora di cui sopra, che si trova in una situazione di impedimento temporaneo, per ragioni connesse allo stato di salute, dichiara di avere ricevuto una chiara e completa informazione e di avere compreso quanto sopra.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**ELEZIONE E PARTECIPAZIONE DEI RAPPRESENTANTI DEGLI OSPITI**

**NEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE**

Il sottoscritto Stefani Silvano in qualità di Direttore del Centro Residenziale “A. Collini” di Pinzolo, individua
il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(parente/persona di fiducia) quale rappresentante del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | IL DIRETTORE |
|  | Stefani Silvano |

**IMPEGNATIVA – OBBLIGAZIONE**

\_l\_ sottoscritt\_

nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ il

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.

**si obbliga per sé e per gli eredi**

**(ai sensi degli art. 433-434 del codice civile)**

1. al pagamento della retta mensile di degenza in vigore entro 10 giorni dal ricevimento della fattura
2. al pagamento di tutti gli aumenti della retta giornaliera di degenza che verranno stabiliti annualmente dal Consiglio di Amministrazione dell’A.P.S.P. – Centro Residenziale “A. Collini”
3. al pagamento di eventuali spese mediche e farmaci necessari

 dello/a stesso/a

 del/la Sig./ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ il

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. di \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *Documento di riconoscimento:*

 Tipo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 rilasciato da il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il Funzionario ricevente

#### ELENCO DOCUMENTI DA PRESENTARE

##### 🞏 Carta d’identità

🞏 Tessera sanitaria europea / codice fiscale

🞏 Tessera elettorale

🞏 Verbale d’invalidità

🞏 Eventuale copia domanda presentazione domanda invalidità

🞏 Documentazione sanitaria

🞏 Lettera dimissione dall’ospedale/Casa di cura/RSA

🞏 Lettera medico di base con patologie e terapie in atto

🞏 Eventuale lettera di fornitura protesi e/o ausili

🞏 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞏 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vista la domanda di ammissione presentata per il ricovero del/della

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 si autorizza l’ammissione

 non si autorizza l’ammissione

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | IL DIRETTORE |
|  |  |  |

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Esente dall’imposta di bollo ai sensi dell’art. 8, comma 2°, dell’ allegato B al D.P.R. 26.10.72, n° 642

#### AUTORIZZAZIONE