

Ente morale di diritto privato

## DOMANDA DI ACCOGLIMENTO RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

Il/La sottoscritta \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

### CHIEDE L'ACCOGLIMENTO PER

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ Età \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tessera Sanitaria \_\_\_\_\_ Esenzione Ticket \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

PROVENIENZA:  dal domicilio  dall'Ospedale  
 da altra struttura RSA  da Istituto di Riabilitazione

### TIPO DI RICOVERO

AUTORIZZATO

Allo scopo dichiara:

- di obbligarsi al pagamento anticipato del deposito cauzionale
- di impegnarsi al pagamento della retta mensile di degenza determinata dalla Fondazione
- di sottoscrivere il contratto d'ingresso nei tempi e nei modi indicati nella Carta dei Servizi

Data, \_\_\_\_\_

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Consenso al trattamento dei dati.

Ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento UE 2016/679 - D.Lgs 196/03, presta il consenso al trattamento dei dati personali e sanitari per le finalità inerenti la presente domanda, il ricovero e gli adempimenti relativi da parte della Fondazione.

Data, \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_