

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. _____
Mail _____

CHIEDE L'ACCOGLIMENTO PER

Cognome e Nome _____
luogo e data di nascita _____ Età _____
e 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

☐ A TEMPO INDETERMINATO ACCREDITATO

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 _____