



## DOMANDA DI INGRESSO

Si presenta formale richiesta affinché il sig. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ed attualmente residente in

\_\_\_\_\_ possa essere accolto presso Codesta Struttura.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ che sottoscrive la presente domanda, si impegna al pagamento della retta a fine mese, comprensiva delle altre eventuali spese aggiuntive (ambulanza, visite specialistiche, ecc.). Il pagamento dovrà essere eseguito secondo le modalità fomite dall'Ente, al momento dell'ingresso in struttura dell'ospite.

Il sottoscritto accetta incondizionatamente tutte le norme regolamentari che vigono o entreranno in vigore presso questo Ente e relative all'aumento della retta di degenza, al funzionamento e svolgimento delle attività assistenziali degli anziani, all'ammissione, trattenimento e dimissione degli Ospiti. L'istituto si riserva la facoltà insindacabile di dimettere l'Ospite qualora presenti disturbi comportamentali (sia fisici che psichici) tali da compromettere la gestione quotidiana dell'Ente e l'equilibrio degli altri Ospiti ricoverati. Il sottoscritto è obbligato al rispetto della scelte operate dalla struttura.

L'attuale residenza e il domicilio del sottoscritto e di altri parenti del ricoverato vengono segnati in calce alla presente. Resta inteso che eventuali cambiamenti verranno segnalati tempestivamente all'amministrazione, onde consentirne l'immediata reperibilità.

A titolo di deposito cauzionale, al momento dell'ingresso del ricoverato in struttura, dovrà essere versata la somma di €. 1.500 =. Tale importo verrà restituito al sig. \_\_\_\_\_ senza obbligo di corresponsione degli interessi attivi, alla cessazione del periodo di degenza del ricoverato.

Resta inteso che, anche nel caso di accoglimento dell'ospite in struttura a tempo indeterminato, è possibile richiedere le dimissioni del ricoverato in qualsiasi momento, mediante semplice richiesta scritta o comunicazione verbale, al Direttore Sanitario della struttura, con un preavviso di almeno 3 giorni lavorativi.

S.Martino dall'Argine \_\_\_\_\_

Il Richiedente

\_\_\_\_\_

Indirizzo e recapito dei familiari e/o parenti del ricoverato da contattare in caso di necessità:

1) \_\_\_\_\_ (relaz. parentela \_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ (relaz. parentela \_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_ (relaz. parentela \_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

4) \_\_\_\_\_ (relaz. parentela \_\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

INFORMATIVA ex art. 10 Legge n°675/96: i dati raccolti con questa scheda sono trattati al fine esclusivo della formazione della lista di attesa e dell'iter di ingresso in struttura con modalità, anche automatizzate, strettamente necessarie a tale scopo. Il conferimento dei dati è facoltativo: in mancanza tuttavia non potremo dar corso al servizio. Titolare del trattamento è il Direttore Amministrativo della struttura cui la presente è rivolta, al quale potrà rivolgersi per esercitare i diritti di cui all'art. 13 (accesso, correzione, opposizione a specifici trattamenti, ecc)

Per i dati necessari e sufficienti è possibile in taluni casi che ne sia data comunicazione a:

ASL assessorato regionale alla sanità, assicurazioni ed enti previdenziali per ragioni amministrative;

Organi preposti alla vigilanza in materia sanitaria, polizia giudiziaria, per ragioni ispettive o per la stesura di certificazioni e referti;

Altre strutture sanitarie per la richiesta di particolari accertamenti ed analisi.

Consenso: letta Finformativa, consento espressamente al trattamento dei dati personali miei e/o del mio familiare per il quale la presente è formulata, per la gestione della domanda di ingresso e per le azioni connesse, come sopra specificato.

**FIRMA**