

Spett. ASP – MASACCIO
Lungarno Guido Reni, 5
52027 San Giovanni Valdarno (AR)
Email rsa-masaccio@libero.it

**DOMANDA DI AMMISSIONE DIRETTA NELLA RESIDENZA SANITARIA
ASSISTENZIALE DELLA ASP-MASACCIO**

Il sottoscritto _____ nato a
_____ il _____, residente in _____ Via
_____, Telef. _____,

C H I E D E

Il ricovero presso la R.S.A. della ASP – MASACCIO, del Sig./ra
_____ nato/a a _____ il _____,
Cod. Fiscale _____ residente in _____ Via
_____, telef. _____ avente il grado di parentela con il sottoscritto
di _____ .

IL SOTTOSCRITTO SI I M P E G N A

- 1) A pagare, per conto del suddetto, la retta di ospitalità e mantenimento presso la ASP – MASACCIO (ex Casa di Riposo) nella misura di volta in volta determinata dall'Ente e che, al momento attuale ammonta ad Euro 100,00 (Cento/00) al giorno, comprensivi delle prestazioni assistenziali e residenziali generalmente riservate agli ospiti della Struttura. Il pagamento della retta avverrà mensilmente, nelle forme indicate dall'Azienda, ed in misura direttamente proporzionale ai giorni di presenza in Struttura, computando quali giorni di presenza anche i periodi di assenza – per qualunque causa – per i quali si intende conservare il posto. Per i giorni di assenza – non superiori comunque a quanto stabilito dal regolamento della ASP – la retta di ospitalità sarà corrisposta nella misura dell'70% rispetto alla retta intera. Il sottoscritto dichiara inoltre di assumere la piena responsabilità per il pagamento della retta di ospitalità nella misura, tempi e modi stabiliti che l'Azienda potrà, in futuro, autonomamente modificare rispetto a quelli determinati al momento attuale.
- 2) A fornire ai responsabili della Struttura tutte le informazioni richieste in merito al sig./ra _____, utili ai fini della determinazione dell'ingresso in Struttura ed alla migliore organizzazione di vita all'interno della Struttura stessa, in caso di accoglimento della presente domanda.
- 3) Il sottoscritto si dichiara consapevole che una volta ammesso in Casa di Riposo con procedura diretta, l'eventuale successiva accettazione di ricovero in posto convenzionato con la Azienda USL seppure per un periodo limitato ed ancorché all'interno della medesima ASP – Masaccio, comporta la rinuncia al posto precedentemente occupato.

Il sottoscritto, per nome e per conto del Sig./ra _____ dichiara di accettare le condizioni di ospitalità ed i servizi offerti all'interno della ASP - MASACCIO, così come le disposizioni ed i criteri organizzativi, dei quali si dichiara a conoscenza.

Il sottoscritto autorizza inoltre l'Azienda ASP - MASACCIO all'utilizzo ed al trattamento dei dati personali del ricoverato, acquisiti con la presente domanda di ingresso o acquisibili in seguito alla permanenza dell'ospite presso la Struttura, ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 e successive modifiche.

_____, li _____

IN FEDE

MODALITA' DI COMPILAZIONE DELLA DOMANDA.

Si prega di riempire la domanda in ogni parte e di indicare con una crocetta se si richiede il ricovero in via definitiva o per un periodo limitato che, in tal caso, deve essere specificato. E' possibile avanzare la richiesta anche per le due opzioni contemporaneamente.

MODALITA' DI PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

La presente domanda può essere spedita, presentata direttamente alla ASP – MASACCIO (Ex Casa di Riposo) o inviata per posta elettronica. In tal caso la Struttura si riserva di acquisire, successivamente, la firma del documento da parte di colui che presenta la domanda.

CRITERI DI AMMISSIONE IN STRUTTURA.

Prima di procedere alla eventuale ammissione in Struttura del richiedente l'Azienda si riserva di valutare, con il proprio personale, le condizioni psico-fisiche dell'interessato e di verificare la sussistenza delle condizioni tali da garantire il mantenimento e l'adeguata assistenza dello stesso in questa Struttura.