

**DOMANDA DI OSPITALITA'**

MEDA, IL.....  
IL/LA SOTTOSCRITTO/A.....  
NATO/A A..... II..... STATO CIVILE.....  
RESIDENTE A..... CAP..... PROV.....  
VIA..... TEL.....  
Email..... ATS..... FIRMA.....

**CHIEDE DI ESSERE OSPITATO/A PRESSO CODESTA RESIDENZA SOCIO SANITARIA ASSISTENZIALE**

QUESTA DOMANDA E' PRESENTATA DA.....  
IN QUALITA' DI..... RESIDENTE A..... CAP.....  
VIA..... TEL..... Email.....  
FIRMA.....

QUESTA DOMANDA E' PRESENTATA DA.....  
IN QUALITA' DI..... RESIDENTE A..... CAP.....  
VIA..... TEL..... Email.....  
FIRMA.....

QUESTA DOMANDA E' PRESENTATA DA.....  
IN QUALITA' DI..... RESIDENTE A..... CAP.....  
VIA..... TEL..... Email.....  
FIRMA.....

- 1) I SUDDETTI SIGNORI SI IMPEGNANO IN SOLIDO AL VERSAMENTO DELLA RETTA IN VIGORE AL MOMENTO DEL RICOVERO GARANTENDO EVENTUALI INADEMPIENZE DEGLI OBBLIGATI.
- 2) DICHIARANO DI CONOSCERE ED ACCETTARE TUTTE LE NORME DI CONVIVENZA DESCRITTE NEL MODULO ALLEGATO.
- 3) DICHIARANO DI PRESENTARE LA SEGUENTE DOMANDA PER LA MESSA IN LISTA D'ATTESA PER (Barrare la soluzione scelta):  SOLI POSTI ACCREDITATI  
 POSTI SOLVENTI E ACCREDITATI
- 4) LA PRESENTE DOMANDA VALE COME PRENOTAZIONE PER 12 (DODICI) MESI, TRASCORSI I QUALI SE SUSSISTE ANCORA LO STATO DI NECESSITA', DEVE ESSERE RIFORMULATA O CONFERMATA.
- 5) NEL CASO CHE IL RICHIEDENTE TROVI ALTRA SISTEMAZIONE CHE RITENGA DEFINITIVA O DECEDA, SI FA OBBLIGO DI INFORMARE LA RESIDENZA SOCIO-SANITARIA AL FINE DELLA CANCELLAZIONE DALLA LISTA D'ATTESA.

**ALLEGARE:** FOTOCOPIA DELLA CARTA DI IDENTITA' E DELLA TESSERA SANITARIA

- ALLEGATI:
- 1) NORME GENERALI IMPEGNATIVE
  - 2) DOMANDA UNICA DI INSERIMENTO IN RSA
  - 3) SCHEDA SANITARIA CHE VA COMPILATA DAL MEDICO CURANTE
  - 4) INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI