



CASA DI RIPOSO
PAOLO AGNESI

OPERE PIE AGNESI

CASA DI RIPOSO PAOLO AGNESI – E.T.S.

PONTEDASSIO (IMPERIA)

Via Torino, 124

Tel. 0183 779.005

e-mail: casadiriposo@operepieagnesi.it

DOMANDA DI AMMISSIONE

COGNOME _____

NOME _____

Data di presentazione _____

Domanda di ammissione

Al Signor/a Presidente della FONDAZIONE OPERE PIE ANGESI - Casa di Riposo Paolo Agnesi

Io sottoscritto _____

nato a _____ il __ / __ / ____ stato civile _____

residente in _____ via _____ tel. _____

DICHIARO DI ESSERE

VACCINATO/A ANTI-COVID-19 SI NO

SE SI, INDICARE DATA ULTIMO VACCINO _____

in caso di non avvenuta vaccinazione e/o provenienza da Ospedale o altra Struttura l'ingresso avverrà previo Tampone Antigenico rapido e/o molecolare.

CHIEDO

di essere ospitato/a presso la Casa di Riposo Paolo Agnesi

All'uopo dichiaro quanto segue:

di essere autosufficiente;

- mi impegno in caso di aggravamento dello stato di salute, verificato dal responsabile Sanitario, che mi renda parzialmente o totalmente non autosufficiente, a pagare la retta comprensiva della quota sanitaria aggiuntiva;

di non essere autosufficiente;

- di accettare la classificazione del livello di autosufficienza che sarà determinato dal Responsabile Sanitario della struttura entro dieci giorni dal ricovero, anche ai fini della determinazione della retta;

- di poter pagare la retta mensile con i miei redditi e/o con il contributo del sig. _____

nato a _____ il __ / __ / ____ residente a _____ telefono _____

_____ che sottoscrive congiuntamente la presente domanda e si impegna

solidalmente al pagamento della predetta retta;

che i parenti tenuti agli alimenti ai sensi dell'art.433 del Codice Civile sono:

CONIUGE _____ nato a _____ il __ / __ / ____

Residente _____

FIGLIO _____ nato a _____ il __ / __ / ____

Residente _____

FIGLIO _____ nato a _____ il __ / __ / ____

Residente _____

Altri parenti: _____

	Domanda di ammissione	
--	------------------------------	--

Ai sensi del d.lgs. 196/2003 e GDPR 2016/679 Vi autorizzo ad informare sul mio stato di salute le persone sopra già specificate e quelle che di seguito elenco:

Sig./Sig.ra _____ Luogo e data di nascita _____

Rapporto _____ recapito telefonico _____

Mail: _____

Sig./Sig.ra _____ Luogo e data di nascita _____

Rapporto _____ recapito telefonico _____

Mail: _____

Firma del parente coobbligato

Firma del richiedente

Documenti da allegare alla presente:

✓Copia della carta di identità in corso di validità.

✓Copia della tessera del codice fiscale.

✓Scheda per ricovero predisposta da questo Ente.

Al momento dell'ingresso bisognerà consegnare la seguente documentazione:

✓Libretto sanitario.

✓Terapia medica in corso.

✓Cartella clinica con accertamenti diagnostici recenti.

✓Prescrizione del medico curante dei seguenti esami: Emocromo, Creatininemia. AST, ALT, Glicemia, esame urine, VDRL, HIV, Markers Epatite A, B, C.

✓Copia certificato di invalidità rilasciato da Comm. Inv. Civili.

✓Se l'ospite è stato sottoposto a vaccinazione ANTI -Covid -19 presentare la documentazione che attesti l'avvenuta somministrazione

	Domanda di ammissione	
--	------------------------------	--

L'Amministrazione, nel rispetto delle norme previste dal d.lgs.196/2003 e dal GDPR 2016/679 (Codice in materia di privacy) assicura che i dati personali degli Ospiti saranno utilizzati entro i limiti dello svolgimento della normale attività ed in particolare con le seguenti finalità:

- 1) rispetto degli obblighi previsti da leggi, regolamenti, norme comunitarie nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla Legge e da organi di vigilanza e controllo.
- 2) adempimenti strettamente connessi e strumentali alla gestione del rapporto di ospitalità ed assistenza.

Dichiaro di aver ricevuto copia integrale del Regolamento e Norme di accesso, accettandone il contenuto nella sua totalità.

Di manlevare il personale da ogni responsabilità per fatti a questi non addebitabili.

Firma del parente coobbligato

Firma del richiedente

Acconsento/acconsentiamo al trattamento dei miei/nostri dati personali nelle modalità e per le finalità descritte al punto sopra menzionato del suddetto regolamento e nell'informativa resa in allegato e sempre disponibile in segreteria, ritenendo adeguate tali informazioni e comprendendone appieno i contenuti.

Firma del parente coobbligato

Firma del richiedente

Acconsento/acconsentiamo alla pubblicazione, sia su giornali che sul sito internet della Fondazione, di fotografie e/o video, registrati durante le iniziative comuni organizzate all'interno delle sale della Fondazione.

Do il consenso

Nego il consenso

Firma del parente coobbligato

Firma del richiedente