

RICHIESTA DI AMMISSIONE
ALLA CASA DI RIPOSO FELTRINELLI O.N.L.U.S.
TEL 0365.71495 – FAX 0365.72677 – E Mail: segreteria@rsafeltrinelli.it
PEC: rsafeltrinelli@legalmail.it

AI PRESIDENTE
Della CASA DI RIPOSO FELTRINELLI
Via Cesare Battisti, 2
25080 BOGLIACO DI GARGNANO (BS)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____
NATO/A A _____ IL _____
RESIDENTE A _____ C.A.P. _____ VIA _____
CODICE FISCALE _____ grado di parentela con l'interessato all'ammissione
(specificare figlio, nipote, fratello ecc.) _____

CHIEDE

CHE IL/LA SIG./RA _____
NATO/A A _____ IL _____
RESIDENTE A _____ C.A.P. _____ VIA _____
CODICE FISCALE _____ STATO CIVILE _____
TESSERA SANITARIA N. _____ A.T.S. di appartenenza _____

- | | | | |
|--|--|----|---------------------------|
| ❖ | Usufruisce del buono socio sanitario..... | sì | no |
| ❖ | Usufruisce di assistenza domiciliare integrata..... | sì | no |
| ❖ | E' invalido totale o parziale..... | sì | no (se sì, specificare %) |
| (se sì, allegare copia del verbale della commissione) | | | |
| ❖ | Gode di assegno di accompagnamento..... | sì | no |
| ❖ | E' stato nominato un amministratore di sostegno,
un curatore, un procuratore o un tutore? | sì | no |
| (se sì, allegare copia del provvedimento di nomina) | | | |

Sia ospitato presso codesta CASA DI RIPOSO per il periodo: _____

A TAL FINE IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA:

1. che il/la Sig./ra _____ si trova nelle condizioni risultanti dal certificato redatto dal medico curante, che si allega;
2. di impegnarsi all'osservanza dei regolamenti dell'Ente;
3. di obbligarsi al pagamento della retta vigente, nella misura stabilita dal Consiglio di Amministrazione (per l'anno 2025 giornalieri: Euro 65,00 per parzialmente non autosufficienti ed Euro 67,50 per non autosufficienti totali).
4. di provvedere, all'atto dell'ammissione ovvero dalla decorrenza del mantenimento del posto letto, al versamento di una cauzione infruttifera pari ad una mensilità della retta vigente.

ALLEGA INOLTRE ALLA PRESENTE:

- J Fotocopia della Tessera Sanitaria;
- J Fotocopia del Documento di Identità;

IN FEDE

Recap. Telef. _____

Email: _____

Sottoscrive la presente, a garanzia dell'adempimento delle obbligazioni nei confronti dell'Ente, **anche** il/la Sig./ra
(diverso/a da chi ha sottoscritto sopra) _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ C.a.p. _____ Via _____

Codice fiscale _____ grado di parentela con l'interessato all'ammissione (specificare figlio, nipote, fratello ecc.) _____

IN FEDE

N.B. i campi sono TUTTI da compilare

Addì _____

Recap. Telef. _____