

**RICHIESTA DI AMMISSIONE**  
**ALLA CASA DI RIPOSO FELTRINELLI O.N.L.U.S.**  
TEL 0365.71495 – FAX 0365.72677 – E Mail: [segreteria@rsafeltrinelli.it](mailto:segreteria@rsafeltrinelli.it)  
PEC: [rsafeltrinelli@legalmail.it](mailto: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.) \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

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 2026 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:**

IN FEDE

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

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. \_\_\_\_\_