Residenza Per Anziani Beata Gaetana Sterni – Auronzo di Cadore

Via Riva Da Corte n. 20 - 32041 Auronzo di Cadore (bl) -

Tel. 0435/9251 e-mail info@residenzaanzianiauronzo.it

**Oggetto: Domanda di Accoglimento in struttura Al Signor Presidente**

***PREMESSA* *la Direzione tiene a sottolineare che la presente domanda non è in alcun modo vincolante ai fini dell’accoglimento.***

|  |
| --- |
| Io Sottoscritto/a  |
| Nato/a a  | Il |
| Residenza nel Comune di  |
| Telefono N° |

***C H I E D E***

* L’accoglimento presso la Residenza per Anziani di Auronzo di Cadore;
* (Oppure quale famigliare) chiede l’accoglimento del/della Sig/Signora

|  |
| --- |
| Cognome e Nome |
| Nato/a a  | Il |
| Residenza nel Comune di  |
| Telefono N° |

***D I C H I A R A***

* Di aver letto e accettato quanto compreso nelle Carta dei Servizi e nel Regolamento Interno;
* Di impegnarsi a versare la retta di ospitalità come stabilita dall’Amministrazione dell’Ente;

***A U T O R I Z Z A***

L’Ente all’acquisizione e alla trasmissione di tutti i dati che lo riguardano in ottemperanza agli adempimenti legati alla gestione della struttura.

***È I N F O R M A T O C H E***

I dati da Lei forniti saranno trattati in conformità al Regolamento UE 2016/679, inerente il trattamento dei dati personali per le finalità indicate nell’informativa allegata.

***A L L E G A A L L A D O M A N D A***

Relazione medica sullo stato di salute (riferito alla persona interessata all’accoglimento), rilasciato dal medico curante (secondo il modulo allegato).

***A D A C C O G L I M E N T O A U T O R I Z Z A T O***

Si impegna, inoltre a presentare all’Amministrazione i seguenti ulteriori documenti:

* documento di riconoscimento in corso di validità;
* tessera sanitaria ed eventuali attestati di esenzione dai ticket sanitari;
* eventuale copia del verbale di accertamento invalidità civile;
* dichiarazione di impegno al pagamento della retta di ospitalità fissata dall’Ente;
* codice Fiscale;

Data ……………………….Firma…………………………………………………………………………………….