

RICHIESTA DI AMMISSIONE

Il Sig. / Sig.ra - Ente _____

in qualità di: assistito parente (grado di parentela _____)

tutore / amministratore di sostegno amministrazione comunale (funzionario che sarà individuato

nell'impegnativa di spesa) nato/a a _____ in data ____ / ____ / ____

identificato a mezzo documento d'identità n. _____

rilasciato da _____ in data ____ / ____ / ____

(di cui si allega copia), residente a _____ provincia di _____

in via _____ n° _____

Telefono _____ Codice Fiscale _____

1) con la presente richiede l'ammissione presso la Residenza Sanitaria Disabili "A. Sansone" di
 Rozzano del / della Signor / Signora _____

nato/a a _____ in data ____ / ____ / ____

identificato a mezzo documento d'identità n. _____

rilasciato da _____ in data ____ / ____ / ____

(di cui si allega copia), residente a _____ provincia di _____

in via _____ n° _____

Telefono _____ Codice Fiscale _____;

2) si farà carico, all'atto dell'ammissione stessa, di sottoscrivere il Contratto di Ammissione e di produrre la seguente documentazione:

- Carta di identità
- Codice fiscale
- Tessera sanitaria
- Cartellino esenzione ticket
- Certificazione vaccinale
- Verbale accertamento invalidità civile (fotocopia)
- Stato di famiglia e Certificato di Residenza contestuale
- Eventuale decreto di nomina in qualità di tutore / amministratore di sostegno
- Eventuale documentazione medica
- Relazione clinico-assistenziale per ingresso, compilata a cura del medico di famiglia o della struttura residenziale ove attualmente in degenza;

3) comunica che la persona di riferimento per le problematiche assistenziali e di emergenza sarà il Signor/ la Signora _____
 nato/a a _____ in data ____ / ____ / ____
 identificato a mezzo documento d'identità n. _____
 rilasciato da _____ in data ____ / ____ / ____
 (di cui si allega copia), residente a _____ provincia di _____
 in via _____ n° _____
 Telefono _____ Codice Fiscale _____
 che risulta essere legata al cliente dalla seguente relazione _____ ;

4) dichiara di assumersi ogni responsabilità in merito alla veridicità dei dati qui contenuti ed autorizza la raccolta, la trasmissione e l'archiviazione dei dati personali all'interno della rete degli enti competenti per legge in materia di servizi socio – sanitari / assistenziali nel rispetto del diritto alla riservatezza, in conformità a quanto previsto dalla legge 196/2003 ;

4) dichiara, nel caso la presente richiesta fosse favorevolmente accolta, di impegnarsi – ora per allora ad accettare, senza eccezioni di sorta, il “Contratto di Ammissione”, e la “Carta dei Servizi”, che ha ricevuto e dei quali ha preso piena conoscenza.

Letto, approvato, sottoscritto

____ / ____ / _____

IL CLIENTE

IL PARENTE

AMM DI SOSTEGNO / TUTORE / CURATORE

ENTE
