

Villa Puricelli

R.S.A. Casa Cardinale G. Lercaro - Casa Albergo Villa Puricelli -Assistenza Domiciliare
Piazza Puricelli, 2 - 21020 Bodio Lomnago (VA)

Parte compilata a cura della Struttura				
Protocollo generale		Data		

DOMANDA DI AMMISSIONE

Residenza Sanitaria Assistenziale Casa Albergo

II PARTE – DA COMPILEARE A CURA DELL'OSPITE E DEI FAMIGLIARI

OSPITE:

Cognome				
Nome	Sesso			
Luogo e data di nascita				
Recapiti Telefonici	Ab.	Uff.	Cell.	
Residenza	Comune:	via		
	N° civico	cap.	naz.	
Documento di riconoscimento				
Nr. Tessera Sanitaria	Cod.Fiscale:			
Stato Civile	[] celibe/nubile	[] coniugato/a	[] vedovo/a	[] separato/a

FAMILIARE DI RIFERIMENTO:

Cognome			
Nome	Sesso		
Tipo di parentela			
Luogo e data di nascita			
Recapiti Telefonici	Ab.	Uff.	Cell.
Indirizzo			
Documento di riconoscimento			
Codice Fiscale			

Il/la sottoscritto/a,

CHIEDE

con la sottoscrizione della presente l'ammissione presso la Struttura **Villa Puricelli – Casa Cardinal G. Lercaro** di BODIO LOMNAGO, a partire dal ____/____/_____, a tempo
 indeterminato, determinato fino al ____/____/_____, nella sua qualità di

DIRETTO INTERESSATO

FAMILIARE DI RIFERIMENTO DELL'OSPITE

Firma del richiedente _____

In caso di Vs. accettazione, comunica i dati degli **ALTRI FAMILIARI DI RIFERIMENTO**

Cognome e nome			
Tipo di parentela			
Indirizzo			
Recapiti Telefonici	Ab.	Uff.	Cell.
Partecipa al costo della retta	[] SI	[] NO	In misura di

Cognome e nome			
Tipo di parentela			
Indirizzo			
Recapiti Telefonici	Ab.	Uff.	Cell.

Assistenza Socio Sanitaria Società Cooperativa Sociale per Azioni

Sede Legale: Largo San Giuseppe, 2 – 21052 Busto Arsizio (VA), Sede Amministrativa ed Operativa: Piazza Puricelli, 2 - 21020 BODIO LOMNAGO (VA) C.C.I.A.A. di Varese REA va-346853 - C.F./ P.IVA 03381200124

Tel. 0332-948982 Fax 0332-949699 www.villapuricelli.it

Villa Puricelli

R.S.A. Casa Cardinale G. Lercaro - Casa Albergo Villa Puricelli -Assistenza Domiciliare

Piazza Puricelli, 2 - 21020 Bodio Lomnago (VA)

Partecipa al costo della retta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	In misura di
--------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--------------

Cognome e nome			
Tipo di parentela			
Indirizzo			
Recapiti Telefonici	Ab.	Uff.	Cell.
Partecipa al costo della retta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	In misura di

Cognome e nome			
Tipo di parentela			
Indirizzo			
Recapiti Telefonici	Ab.	Uff.	Cell.
Partecipa al costo della retta	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	In misura di

ENTE PUBBLICO O PRIVATO DI RIFERIMENTO:

ENTE	
Sede	
Indirizzo	
Telefono	
Responsabile	
Prestazioni a carico	

Il ricovero e/o le prestazioni sono sempre subordinate:

- all'assenso espresso del soggetto, informato sugli obiettivi del trattamento e sulle regole di cui si richiede il rispetto.
- Alla visita medica effettuata all'ingresso per la valutazione della compatibilità dell'ospite con la tipologia di servizio richiesto.

Firma consenso dell'ospite a fruire delle prestazioni

Ovvero motivi della mancanza dello stesso (in quest'ultimo caso bisogna allegare documentazione comprovante l'impossibilità dell'assenso)

Assistenza Socio Sanitaria Società Cooperativa Sociale per Azioni

Sede Legale: Largo San Giuseppe, 2 – 21052 Busto Arsizio (VA), Sede Amministrativa ed Operativa: Piazza Puricelli, 2 - 21020 BODIO LOMNAGO (VA) C.C.I.A.A. di Varese REA va-346853 - C.F./ P.IVA 03381200124

Tel. 0332-948982 Fax 0332-949699 www.villapuricelli.it

Villa Puricelli

R.S.A. Casa Cardinale G. Lercaro - Casa Albergo Villa Puricelli -Assistenza Domiciliare
Piazza Puricelli, 2 - 21020 Bodio Lomnago (VA)

Il richiedente dichiara altresì di essere a conoscenza che l'ammissione è subordinata alla:

- 1) visita e parere sanitario insindacabile del responsabile della Direzione sanitaria della struttura, effettuata all'ingresso in Struttura;
- 2) sottoscrizione degli impegni finanziari da parte dei familiari di riferimento;
- 3) impegno al pagamento della retta giornaliera;
- 4) versamento della cauzione.

Data ____/____/____ Firma del richiedente _____

Si allegano alla presente domanda i seguenti documenti:

1. Certificato Clinico Anamnestico;
2. "Nulla osta" per l'effettuazione di esami clinici e trattamenti sanitari, (solo per R.S.A.)
3. Stato di famiglia dell'ospite;
4. Certificato storico di residenza dell'ospite;
5. Fotocopia Carta d'identità dell'ospite e del Garante;
6. Fotocopia Tessera Codice Fiscale dell'ospite e del Garante;
7. Tessera Sanitaria ed eventuali esenzioni ticket dell'ospite;
8. Fotocopia Verbale o attestazione di invalidità dell'ospite se esistente;
9. Documentazione attestante l'impossibilità di apporre la firma di assenso dell'ospite; (solo per R.S.A.)
10. Dichiarazioni ai sensi dell'articolo 433 del Codice Civile del Garante.
11. Fotocopia ultima Dichiarazione dei redditi (con estremi di presentazione) o documenti equipollenti dell'ospite e dei familiari di riferimento;
12. Eventuale documentazione comprovante l'integrazione economica;
13. Ricostruzione storica per identificazione del grado di parentela, (a discrezione della Direzione

Assistenza Socio Sanitaria Società Cooperativa Sociale per Azioni

Sede Legale: Largo San Giuseppe, 2 – 21052 Busto Arsizio (VA), Sede Amministrativa ed Operativa: Piazza Puricelli, 2 - 21020
BODIO LOMNAGO (VA) C.C.I.A.A. di Varese REA va-346853 - C.F./ P.IVA 03381200124
Tel. 0332-948982 Fax 0332-949699 www.villapuricelli.it