



UNITÀ GERIATRICA RIABILITATIVA

Organizzazione non lucrativa di utilità sociale (Onlus)

“Luigi e Maria Bianchi”

Via Dante Alighieri, 41 - 46010 EREMO di CURTATONE (MN)

Tel. 0376.267511 r.a. - Fax 0376.267503 - C.F. e P. IVA 0154103 020 9

DOMANDA DI ACCOGLIMENTO
MINI-ALLOGGIO PROTETTO

Data di presentazione

Sesso M F

Il/La Sottoscritto/a

Nato/a il

Cittadinanza Residente.....

In Via..... Tel.:

C.F.: Stato Civile.....

CHIEDE

Di essere accolto/a presso i Mini-Alloggi Protetti di codesta struttura

a tempo indeterminato, a partire dal.....

dal al.....

Causa:

Su richiesta

Alloggio N° dal al

Alloggio N° dal al

Alloggio N° dal al

DICHIARA

1) Di possedere i seguenti documenti sanitari:

Tesserino Sanitario N°

Tesserino Invalidità:

Altre esenzioni:.....

Medico curante (ed eventuale recapito telefonico):

.....

2) Di accettare il seguente impegno economico :

- Retta mensile pari a € 1.200,00 per il Mini-Alloggio singolo;
- Retta mensile pari a € 1.800,00 per il Mini-Alloggio doppio;

3) Il deposito cauzionale è pari ad una mensilità, infruttifero di interessi, che verrà detratto dall'ultima retta di soggiorno.

4) Il pagamento della retta mensile dovrà avvenire entro il giorno 5 del mese successivo.

5) Spese dovute per prestazioni straordinarie non attinenti alla normale assistenza alla persona sono a carico dell'Ospite e verranno conteggiate mensilmente (es.: telefono – giornali – ecc.).

6) Il versamento di ogni addebito potrà essere fatto dall'Ospite o dalla persona che ha sottoscritto questo accordo.

7) Qualora le condizioni psico-fisiche del nuovo Ospite non fossero compatibili con i servizi previsti ed autorizzati dall'Ente pubblico, la Direzione dell'U.G.R. Onlus si riserva la facoltà insindacabile di provvedere in merito.

8) Il firmatario dichiara di avere ricevuto l'informativa sulla privacy ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/2003.

9) Il richiedente indica il/la familiare:

FIGLIO/A..... Tel.:

Cell.:

GENERO/NUORA Tel.:

ALTRO Tel.:Cell.:

che, quale suo sostituto in ogni pratica relativa al rapporto con l'U.G.R. Onlus, sottoscrive la presente domanda.

10) Il firmatario dichiara di aver presa visione del Regolamento interno e di accettarlo.

SI INFORMA IL RICHIEDENTE, il suo legale rappresentante, i suoi familiari e /o l'amministratore di sostegno, della possibilità di chiedere l'intervento del difensore civico territoriale in tutti i casi in cui vi sia negata o limitata la fruibilità delle prestazioni, nonché per ogni eventuale necessità è possibile rivolgersi all'Ufficio Relazioni col Pubblico e all'Ufficio di Pubblica Tutela dell'ASL di Mantova

Vi informiamo inoltre che il trattamento dei Vostri dati è da noi eseguito nel rispetto del D.Lgs 196/03 sulla privacy. In relazione a tale trattamento potete esercitare tutti i diritti di cui all'art. 7, contattandoci agli usuali recapiti.

Firma

Eremo, lì _____