

**Domanda di accoglimento in R.S.A. per anziani provenienti da Regioni diverse da Regione Lombardia.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

C H I E D E

il ricovero a tempo indeterminato (o determinato) presso la V/s RSA

- per se stesso
- per il/la Sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

A tal fine dichiara di assumersi l'onere di degenza, dovuto in ratei mensili anticipati, con utilizzo obbligatorio di addebito diretto dal conto corrente dell'intestatario della fattura e del versamento del deposito cauzionale non fruttifero (€ 1.350,00).

Costituendosi garante nei confronti della Fondazione:

- per se stesso.
- in qualità di (grado di parentela o altro titolo) \_\_\_\_\_  
del/la Sig/ra \_\_\_\_\_

Pertanto allega:

- scheda Sanitaria
- autorizzazione della Regione di provenienza
- dichiarazione di assunzione spesa da parte del Comune di Residenza (per i casi previsti dalla legge).

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**La domanda di ricovero sarà valida per un anno, salvo venga presentata una nuova scheda sanitaria aggiornata.**

*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."*