

R.S.A. sen. Carlo Perini

# Domanda di ricovero di sollievo

## INDICE:

1. DATI DEL RICHIEDENTE E DELL'OSPITE.
2. DATI COOBBLIGATI
3. RETTE APPLICATE
4. ELENCO DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA
5. CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI - Reg. UE 2016/679 contenuto nelle pagg. 5 e 6 del
6. Documento informativo ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 13, Reg. UE 2016/679 – INTERESSATI

## 1. DATI DEL RICHIEDENTE

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ recapiti telefonici \_\_\_\_\_  
nella sua qualità di \_\_\_\_\_ del sig/ra \_\_\_\_\_

## DATI DELL'OSPITE

Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
stato civile \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
cittadinanza \_\_\_\_\_ numero figli:  maschi n. \_\_\_\_\_  femmine n. \_\_\_\_\_  
titolo di studio \_\_\_\_\_ professione pre pensionamento \_\_\_\_\_  
provenienza ospite \_\_\_\_\_  
titolare di pensione:  SI  NO categoria \_\_\_\_\_ esenzione ticket:  SI  NO  
invalidita' civile  SI  NO percentuale \_\_\_\_\_  
indennita' di accompagnamento:  SI  NO (allegare verbale visita medica)  
n° tessera sanitaria ATS (ex A.S.L.) \_\_\_\_\_ Medico curante: \_\_\_\_\_  
ambulatorio in via/viale/piazza \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
Data di compilazione: \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_  
Firma dell'ospite \_\_\_\_\_



R.S.A. sen. Carlo Perini

## 2. DATI SOGGETTI CHE SOTTOSCRIVERANNO IL CONTRATTO

1) Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ carta d'identità \_\_\_\_\_

recapiti telefonici \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Parente (grado) \_\_\_\_\_  Amministratore di sostegno  Tutore

Comune \_\_\_\_\_  Altro \_\_\_\_\_

Data e firma \_\_\_\_\_

2) Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ carta d'identità \_\_\_\_\_

recapiti telefonici \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Parente (grado) \_\_\_\_\_  Amministratore di sostegno  Tutore

Comune \_\_\_\_\_  Altro \_\_\_\_\_

Data e firma \_\_\_\_\_

3) Cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ carta d'identità \_\_\_\_\_

recapiti telefonici \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Parente (grado) \_\_\_\_\_  Amministratore di sostegno  Tutore

Comune \_\_\_\_\_  Altro \_\_\_\_\_

Data e firma \_\_\_\_\_

UNI EN ISO 9001:2015



FONDAZIONE GIUSEPPE RESTELLI O.N.L.U.S.

rev. 0 Data 01.07.2018

via Carroccio, 1 20017 RHO (MI) tel. 02 930 20 80 fax 02 935 04 255

C.F. 86503120155 P.IVA 08938040154 [www.fondazionerestelli.it](http://www.fondazionerestelli.it) [info@fondazionerestelli.it](mailto:info@fondazionerestelli.it)

SISTEMA DI GESTIONE  
QUALITÀ CERTIFICATO

R.S.A. sen. Carlo Perini

### **3. RETTA GIORNALIERA in vigore dall'1.1.2011**

#### **RICOVERO TEMPORANEO DI SOLLIEVO**

<b>ASSISTITI DAL F.S.N.</b>
<b>€ 56,81</b>

#### **MAGGIORAZIONE O RIDUZIONE RETTA**

Per assenze superiori a 15 giorni continuativi verrà operata una riduzione sulla retta nella misura di € 6,00 giornaliera.

Per coloro che richiedono il servizio in camera per il pranzo o per la cena verrà applicato un contributo giornaliero di € 3,00.

Per coloro che desiderano l'installazione di un apparecchio telefonico in camera verrà richiesto un contributo di € 5,00 mensili (oltre a eventuali addebiti per telefonate in uscita).

Firma per accettazione

Firma dell'ospite \_\_\_\_\_

Firma dei soggetti coobbligati:

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

R.S.A. sen. Carlo Perini

#### **4. DOCUMENTAZIONE da ALLEGARE alla DOMANDA:**

- Certificazione medica;
- Autocertificazione di residenza;
- Compilazione modulo di consenso al trattamento dei dati personali e particolari  
- Reg. UE 2016/679 (allegato);

Fotocopie:

- tessera sanitaria e tesserino esenzione ticket;
- modello Dichiarazione Unico / Modello 730 o idonea certificazione reddituale;
- verbale invalidità e/o accompagnamento;
- carta d'identità (non scaduta);

#### **DATI SANITARI da ALLEGARE alla DOMANDA:**

- principali esami ematochimici;
- E.C.G. (con referto tracciato);
- Radiografia torace (con radiogramma);
- Copia cartelle cliniche di ricoveri precedenti;
- Copie di relazioni mediche.