

Spettabile  
Azienda Pubblica di Servizi alla Persona  
"dott. A. Bontempelli" di Pellizzano  
via dei Baschenis, n.6  
**38020 PELLIZZANO (TN)**

**OGGETTO: domanda d'ammissione in R.S.A. per utenti autosufficienti, non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_,  
recapito telefonico: tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

**OPPURE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_

(ad esempio esercitante legalmente la potestà, familiare, prossimo congiunto, convivente o altro)

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_

recapito telefonico: tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere accolto quale residente presso la Vs. Azienda;

**OPPURE**

l'ammissione del/della Sig./a \_\_\_\_\_,  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

Scolarità \_\_\_\_\_

Professione prevalente \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

che il medico di base del/della sig/a \_\_\_\_\_ è il dott. \_\_\_\_\_  
che il sig/a \_\_\_\_\_ è affetto dalle seguenti principali patologie:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- di essere stato informato che, ai sensi del Regolamento per l'accesso su posti letto accreditati ma non convenzionati con l'A.P.S.S., all'ingresso sarà effettuata una prima valutazione da parte della Commissione interna in base alla quale verrà determinata la retta che dovrà essere corrisposta per l'inserimento in RSA
- di impegnarsi al pagamento della tariffa, secondo la valutazione determinata dalla Commissione Interna, secondo quanto stabilito da parte del Consiglio di Amministrazione, in relazione alla tipologia e alla stanza assegnata:

STANZA	Tariffa per ospite autosufficiente (retta alberghiera)	Tariffa per ospite parzialmente non autosufficiente	Tariffa per ospite non autosufficiente
singola	€ 44,50	€ 85,50	€ 117,93
doppia	€ 44,50	€ 85,50	€ 117,93

- di prendere atto che la Commissione interna procederà alla rivalutazione dell'ospite ogni qual volta le condizioni dello stesso dovessero cambiare in modo significativo;
- di impegnarsi a rispettare le valutazioni effettuate da parte della Commissione Interna e a sostenere retta corrispondente alla valutazione effettuata;
- di prendere atto che qualora ciò non dovesse avvenire il Direttore procederà a dimettere l'ospite;

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Eventuali comunicazioni scritte e/o telefoniche dovranno essere inviate al seguente indirizzo:**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_