



CASA DI RIPOSO "PIETRO TORRIGLIA"
Fondazione di diritto privato

DOMANDA DI AMMISSIONE

Nome e Cognome _____

nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

e residente in _____ Via/Piazza _____ n. _____

Codice Fiscale _____

Richiesta di CAMERA SINGOLA

SI

NO

Documenti da allegare alla domanda di ammissione:

- Certificato di residenza storico (solo per residenti a Chiavari)
- Fotocopia di un documento di identità in corso di validità
- Fotocopia della tessera sanitaria magnetica
- Fotocopia del Libretto sanitario cartaceo (rilasciato da ASL)
- Certificato medico attestante che il richiedente può vivere in comunità ed è esente da malattie contagiose
- Scheda di valutazione dei bisogni assistenziali
- Fotocopia del Green Pass e del Certificato vaccinale
- Modulo da Voi firmato per accettazione delle condizioni per il ricovero nella Casa di Riposo



CASA DI RIPOSO "PIETRO TORRIGLIA"
Fondazione di diritto privato

Recapiti per eventuali comunicazioni:

Nome e Cognome _____

Grado di parentela _____ Numero telefonico _____

Indirizzo mail _____

Nome e Cognome _____

Indirizzo mail _____

Grado di parentela _____ Numero telefonico _____

Data

Firma richiedente/familiare/amm. di sostegno

N.B. La rinuncia al momento della chiamata comporterà l'archiviazione definitiva della domanda

**ACCETTAZIONE CONDIZIONI PER IL RICOVERO NELLA
CASA DI RIPOSO PIETRO TORRIGLIA DI CHIAVARI**

Io sottoscritto/a	C.F.	
nato/a a		il
residente a		
in qualità di		di

RELATIVAMENTE AL RICOVERO

del/la Sig./a	C.F.	
nato/a a		il
residente a		indirizzo
titolare di pensione n°. cat.		

di seguito anche denominato/a "ospite"

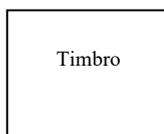
MI IMPEGNO IRREVOCABILMENTE

1. A corrispondere, dalla data del ricovero, alla Casa di riposo Pietro Torriglia la retta giornaliera come stabilita dalla Fondazione all'atto dell'ingresso, salvo future modifiche che fin d'ora approvo.
2. A riconoscere, fin d'ora, che la retta mensile è correlata alla fascia di punteggio della scheda AGED; pertanto la stessa potrà essere aumentata a quella relativa alla fascia superiore a seguito di nuova valutazione del grado di autosufficienza effettuata in occasione dei periodici aggiornamenti delle schede AGED.
3. A costituirmi, come mi costituisco fin d'ora, debitore liquido e reale nei confronti della Casa di riposo Pietro Torriglia delle somme che, per capitale, interessi anche moratori e spese varie (comprese le spese per medicinali, visite specialistiche, indumenti, protesi di qualsivoglia natura, onoranze funebri, ecc.), saranno dovute in relazione al ricovero di cui sopra, accettando senza alcuna riserva le scritture contabili dell'Azienda e le loro risultanze, che faranno piena prova verso di me senza possibilità di eccezioni da parte mia.
4. A riconoscere che, in caso di inadempienza dell'obbligo assunto col presente impegno, la Casa di riposo Pietro Torriglia potranno procedere giudizialmente nei miei confronti per il recupero delle somme non pagate e potranno comunque esercitare ogni possibile azione diretta sui beni che mi pervenissero prima, durante e dopo il ricovero, fino alla concorrenza dell'effettiva spesa sostenuta dalla Casa di riposo Pietro Torriglia.
5. Mi impegno inoltre ad accettare, senza riserva alcuna, il regolamento interno della Casa di riposo Pietro Torriglia che mi è stato contestualmente consegnato, congiuntamente alla carta dei servizi, e di cui do ampia quietanza, nonché ogni normativa che dovesse essere adottata.
6. Mi impegno infine, in caso di dimissione dell'ospite per inadempienze contrattuali o per sopravvenuta incompatibilità con la vita di comunità, ad assumermi l'onere di provvedere a trovare altra idonea sistemazione per l'ospite entro dieci giorni dalla Vs. comunicazione.

Allego copia documento di identità.

Chiavari,

Per la Casa di riposo Pietro Torriglia



(firma leggibile)

Dichiaro di essere stato edotto che il trattamento dei dati è effettuato da Casa di riposo Pietro Torriglia - titolare del trattamento - ai sensi dell'art. 6 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio dell'Unione e trattati esclusivamente da personale autorizzato per le finalità in capo agli utenti; che il responsabile del trattamento è il Presidente Sig. Sandro Morchio e che posso avvalermi delle disposizioni di cui alla sezione 2 del Regolamento (UE) 2016/679 "diritti degli interessati" di cui mi viene messa copia a disposizione.

SI

NO

Chiavari,

(firma leggibile)

N.B.

In caso di ricovero ospedaliero od assenza per soggiorni in famiglia, la retta deve essere corrisposta in toto.

In caso di cessato ricovero, la retta relativa ai ricoveri a tempo indeterminato corrispondente ai giorni già pagati e non usufruiti viene restituita dall'Ufficio Amministrativo in sede di conguaglio, fatto salvo il periodo di preavviso di giorni 15 per cui la retta sarà, comunque, dovuta.