

**Al Sig. Presidente
della Fondazione "La Casa del Riposo"
Via S. Francesco d'Assisi,1
61047 S.Lorenzo in Campo (PU)**

La sottoscritta _____

Nata a _____ il _____

Residente nel Comune di _____

Via _____ n. _____ tel _____
(della persona referente)

DICHIARA

- di aver compilato la scheda di ricovero anziani allegata alla presente domanda:
- di aver preso visione del Regolamento vigente:
- di appartenere ad uno dei seguenti livelli:
- autosufficiente
- parzialmente autosufficiente
- non autosufficiente
- non autosufficiente grave
- di provvedere al pagamento della retta di soggiorno nella Casa del riposo
- che la retta concordata al momento del ricovero è di EURO. _____/MESE
- che in caso d'impossibilità al pagamento provvederà il Sig./la Sig.ra _____
- _____
che in caso di necessità, sarà necessario rivolgersi al Sig./alla Sig.ra _____
Tf. _____
- che presenterà il certificato medico attestante le condizioni generali di salute a richiesta:

CHIEDE

di essere ammessa a convivere presso codesta Casa del Riposo.

ACCETTA

il periodo di prova prescritto dal regolamento e le eventuali variazioni della retta connessa ad errata compilazione della scheda del BINA o per diversa valutazione medica.

Eventuali incrementi dell'importo della retta dovuti a variazioni delle condizioni d'autosufficienza.

Nell'attesa di risposta ringrazia ed ossequia.

Autorizza l'uso dei dati per gli usi di cui sopra norma del DGPR n. 679, 2016

Data _____

Firma della richiedente
o di un suo familiare

.....

Altre indicazioni