

*Fondazione Casa di Riposo Villa G. Padovani Onlus*

*Via Suor Laura Aceti, 1*

*25027 - Quinzano D'Oglio (Bs)*

*Tel. 030.933007/030933448*

*Fax 0309336077*

*Mail: info@rsaquinzano.it*

## DOMANDA DI PRENOTAZIONE

**COGNOME** \_\_\_\_\_

**NOME** \_\_\_\_\_

**PRENOTATO** \_\_\_\_\_

**RESIDENTE** \_\_\_\_\_

**URGENTE** \_\_\_\_\_

**DEFINITIVO** \_\_\_\_\_

**ENTRATO** \_\_\_\_\_

**PER ULTERIORI INFORMAZIONI E SPIEGAZIONI CONTATTARE:**

**FONDAZIONE CASA DI RIPOSO VILLA G. PADOVANI ONLUS**

**TEL. 030933007/030933448**

**SIG.RA PERDUCA GILDA**

Spettabile  
Fondazione Casa di Riposo  
Villa G. Padovani - ONLUS  
Via Suor Laura Aceti n. 1  
25027 – QUINZANO D'OGGIO (BS)

Oggetto: Domanda di inserimento in RSA.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

per se stesso

per il/la Sig./a \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

impedito/a temporaneamente a rendere dichiarazione per ragioni connesse allo stato di salute

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  M  F

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ Tessera Sanitaria n° \_\_\_\_\_

A.S.L. di provenienza \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_

Struttura di provenienza \_\_\_\_\_

stato civile \_\_\_\_\_ nome coniuge \_\_\_\_\_

titolo di studio \_\_\_\_\_ figli \_\_\_\_\_ femmine \_\_\_\_\_ maschi \_\_\_\_\_

posizione nella professione al momento dell'ingresso in struttura \_\_\_\_\_

situazione pensionistica \_\_\_\_\_ accompagnamento SI NO

1) familiare di riferimento Sig./a \_\_\_\_\_

parentela \_\_\_\_\_ nato/ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

2) familiare di riferimento Sig./a \_\_\_\_\_

parentela \_\_\_\_\_ nato/ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

- SCelta DEFINITIVA** dal \_\_\_\_\_
- SCelta TEMPORANEA** dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a riconosce in particolare la facoltà di:

- variare la retta mensile nel corso del rapporto
- poter risolvere il rapporto di ospitalità in qualsiasi momento, **con preavviso di 15 giorni**, ovvero senza preavviso in caso di particolare gravità, o in caso di ricovero temporaneo. La retta verrà restituita solo per la quota eccedente i 15 giorni di preavviso.

- Dichiaro d'aver presentato CONSENSO INFORMATO per il trattamento dati personali in ambito CRS SISS

Firma

Quinzano d'Oglio, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **Documenti da allegare:**

- Scheda CIRS (medico curante)
- Impegnativa per il pagamento della retta di ricovero (secondo il modello allegato)
- Eventuale impegnativa del Comune di residenza all'integrazione della retta
- Tessera Sanitaria ed eventuale tesserino di esenzione
- Copia eventuale Verbale Commissione Sanitaria per l'accertamento degli stati di invalidità civile delle condizioni visive e del sordomutismo
- Certificato elettorale
- Fotocopia codice fiscale
- Fotocopia Carta d'identità
- Nota informativa per il Medico di Medicina Generale

**Fondazione Casa di Riposo Villa G. Padovani Onlus**

Via Suor Laura Aceti, 1  
25027 - Quinzano D'Oglio (Bs)  
Tel. 030.933007/030933448  
Fax 0309336077  
Mail: info@rsaquinzano.it

**IMPEGNATIVA PER IL PAGAMENTO DELLE RETTE DI RICOVERO A CARICO DELL'OSPITE SIGNOR:**

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

I sottoscritti:

3) Sig./a \_\_\_\_\_ parentela \_\_\_\_\_  
nato/ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

4) Sig./a \_\_\_\_\_ parentela \_\_\_\_\_  
nato/ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

5) Sig./a \_\_\_\_\_ parentela \_\_\_\_\_  
nato/ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

6) Sig./a \_\_\_\_\_ parentela \_\_\_\_\_  
nato/ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_

Con la presente s'impegnano a corrispondere l'intera retta di ricovero attualmente in vigore che verrà a maturarsi a seguito del ricovero del Sig. \_\_\_\_\_

Ciò ai sensi dell'art. 433 del C.C. e seguenti e/o per propria libera scelta, consapevoli che detto impegno varrà anche nel caso di aumenti periodici della retta suddette approvati dall'Amministrazione dell'Ente.

I sottoscritti riconoscono in particolare la facoltà di:

- variare la retta mensile nel corso del rapporto
- poter risolvere il rapporto di ospitalità in qualsiasi momento, **con preavviso di 15 giorni**, ovvero senza preavviso in caso di particolare gravità, o in caso di ricovero temporaneo. La retta verrà restituita solo per la quota eccedente i 15 giorni di preavviso.
- spostamento della stanza di degenza.

Prendendo atto che:

qualora il paziente non acceda alla R.S.A. il giorno autorizzato, dovranno essere concordati i tempi di prenotazione e sarà comunque applicata la retta nella seguente misura: retta di degenza in vigore;

I sottoscritti s'impegheranno altresì a rivalersi eventualmente nei confronti di altri parenti obbligati per legge per la parte che loro compete. S'impegnano inoltre a versare la retta di ricovero entro il 10° giorno dall'inizio del mese cui la retta si riferisce, tramite bonifico, che dovrà essere versato presso la Cassa Rurale di Borgo San Giacomo Agenzia di Quinzano d'Oglio.

Firma del dichiarante

---

Firma del dichiarante

---