



DAL 1594  
Istituti  
Riuniti  
Airoldi e  
Muzzi  
onlus

Il sottoscritto

---

nato a

il

residente a

---

via

stato civile

---

cod. fisc.

---

titolo di studio

---

professione prima del pensionamento

---

n° figli

---

**chiede**

di essere accolto/a in Codesti Istituti

**Allega i seguenti documenti:**

- fotocopia carta di identità in corso di validità
- fotocopia codice fiscale
- carta regionale dei servizi
- documentazione sanitaria (es. ricoveri, esami ematici, visite specialistiche ecc..)

**Con la presentazione di questa domanda si impegna a:**

1. rispettare ed osservare tutte le norme statutarie e regolamenti in vigore negli Istituti a ed al pagamento della retta di ricovero stabilita periodicamente dal Consiglio di Amministrazione. Con la prima retta sarà inoltre addebitato il corrispettivo di € 50,00 per l'istruttoria sanitaria e amministrativa

2. accettare il trasferimento in altri nuclei abitativi degli Istituti qualora vengano a mutare le Sue condizioni psico-fisiche, con variazione della relativa retta preceduta da opportuna informativa

3. sostenere integralmente le spese per il servizio di trasporto con autoambulanza, necessario per effettuare esami e/o controlli specialistici in altre strutture sanitarie



4. prendere atto ed accettare che se insolvente per due mensilità della retta a giudizio insindacabile del Consiglio di Amministrazione, potrà essere dimesso in ogni caso, anche se risulterà essere in condizioni di non-autosufficienza

5. costituire e integrare periodicamente il corredo di vestiario personale, provvedendo al lavaggio dei relativi capi, secondo le modalità riportate nel regolamento allegato alla presente

6. versare la somma pari ad una mensilità nell'ipotesi di dimissioni anticipate nei primi 30 giorni di degenza, salvo in caso di decesso o ricovero ospedaliero senza conservazione del posto letto. Qualora l'uscita avvenga dal secondo mese di degenza di darne comunicazione scritta almeno 10 giorni prima, in caso contrario sarà trattenuta la cifra corrispondente alla retta dei 10 giorni.

**Il giorno dell'accoglimento si impegna a versare:**

- il deposito cauzionale, pari a 30 giorni di retta, rimborsabile senza interessi, dopo la cessazione del ricovero.

Si impegna infine a corrispondere entro il giorno quindici di ogni mese la retta relativa al mese precedente.

**Comunica di usufruire delle seguenti pensioni:**

cat.	ente erogatore
ufficio pagante	importo mensile

Prende atto che per eventuali assenze dagli Istituti viene applicato uno sconto del 20% sulla retta giornaliera, dopo il 5° giorno consecutivo di assenza.

Prende atto di nulla opporre circa eventuali dimissioni disposte dall'Amministrazione degli Istituti, su segnalazione scritta del Direttore Sanitario degli Istituti stessi.

---

firma del richiedente



**I sottoscritti**

1. cognome e nome

---

grado di parentela

---

nat a

il

---

residente a

---

via

n°

tel.

---

firma

---

2. cognome e nome

---

grado di parentela

---

nat a

il

---

residente a

---

via

n°

tel.

---

firma

---

3. cognome e nome

---

grado di parentela

---

nat a

il

---

residente a

---

via

n°

tel.

---

firma

---

Assume/ono in via solidale con il richiedente le obbligazioni indicate nella presente domanda.

---

data