

**DOMANDA DI ACCOGLIMENTO**

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

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

mail. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**in qualità di** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (interessato, figlio/a, Amministratore di Sostegno, Tutore, altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

**CHIEDE l’ACCOGLIMENTO**

**presso la Residenza per anziani “Rosa Mistica” di Cormons**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fisc.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Inv. Civ. (si-no) /esenzioni (si-no) \_\_\_\_\_

Medico Curante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dando atto che le relative condizioni psico-fisiche del/della predetto/a non sono tali da consentire la compilazione diretta e dichiarando sin d’ora che il Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ è consenziente alla presente richiesta di ammissione, formulata a seguito di Sua libera scelta e determinazione.

Ciò premesso,

**il/la sottoscritto/a personalmente oppure per conto dell’interessato**

1. dichiara di aver **preso** **visione** e **compreso** in ogni parte i seguenti documenti (scaricabili dal sito www.rosamisticacormons.it):
	1. Carta dei Servizi
	2. Contratto di Ingresso, il cui contenuto viene accettato ora per allora e che verrà formalizzato all’atto dell’ammissione
	3. Informative Privacy presente sul sito [www.rosamisticacormons.it](http://www.rosamisticacormons.it/)
	4. Regolamento Residenza Rosa Mistica
2. si impegna a **comunicare** immediatamente l’eventuale **accoglienza presso altra struttura**, oppure la **rinuncia** alla presente domanda, oppure –nel caso di compilazione del modulo da parte di persona diversa dall’interessata– il **decesso**;
3. dichiara di essere a conoscenza che **la presente domanda ha validità di anni due** dalla data di presentazione
4. conferma, al fine di ottemperare tutte le procedure di ingresso presso “Rosa Mistica” nel caso la presente richiesta fosse accolta, di **accettare**, ora per allora, senza eccezioni, il **Regolamento** per l’accoglimento e la permanenza degli Ospiti in vigore, nonché la **Carta** dei Servizi e il **Contratto** di Ingresso;
5. dichiara di prendere atto dell’art. 5 del “Regolamento anagrafico della popolazione residente” D.P.R. 30 maggio 1989, n. 223, per il quale dopo il trasferimento della dimora abituale dell’Ospite accolto si procede alla **mutazione** **anagrafica** di cui all’art. 10 dello stesso decreto;
6. dichiara di impegnarsi al **pagamento** relativo alla **retta** di ricovero come definita dalla Residenza;
7. dichiara di aver fornito ai **familiari** o referenti di seguito indicati l’informativa privacy di cui alla documentazione presente sul sito [www.rosamisticacormons.it](http://www.rosamisticacormons.it/) e di aver informato gli stessi della comunicazione dei seguenti dati alla Congregazione ai fini del ricevimento di eventuali comunicazioni riguardanti l’accoglimento della domanda, **assumendosi** **ogni** **responsabilità** sulla legittimità di tale comunicazione e sul trattamento dei dati di tali familiari da parte della Congregazione stessa,

**NOMINATIVI E RECAPITI DI FAMILIARI O REFERENTI**

**ai quali potersi rivolgere per comunicazioni inerenti la presente domanda**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nominativo | Grado di parentela | Telefono e-mail |
|  |  |  |
|  |  |  |

Firma interessato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **oppure**

Firma familiare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **oppure** altro soggetto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_