



**Fondazione "Istituto Carlo Vismara - Giovanni De Petri" onlus**

*Servizi Accreditati di Assistenza, Riabilitazione e Cura*

Via Vismara, 10 – 26020 San Bassano (CR)

Tel. 0374373165 – Fax 0374381119; e-mail: urp@istitutovismara.it

## DOMANDA DI AMMISSIONE - RSD

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov.di \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
telefono n. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

**del/della sig./sig.ra**

nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov.di \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (cap. \_\_\_\_\_)  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C H I E D E

il ricovero del/della medesimo/a presso codesta **Residenza Sanitaria per Disabili**.

Dichiara inoltre di essere disposto/a a presentarsi presso l'Ufficio di Relazioni con il Pubblico qualche giorno prima dell'ingresso in struttura per il ritiro dell'ulteriore documentazione amministrativa e per la presa visione della sistemazione assegnata al familiare.

Il richiedente si impegna fin d'ora a farsi carico delle seguenti obbligazioni:

- Pagamento della retta di ricovero vigente nel tempo secondo l'importo ed alle condizioni organizzativo-gestionali determinate annualmente da parte del Consiglio di Amministrazione di codesta Istituzione Assistenziale = € 64.00- (sessantaquattro/00)
- Versamento del deposito cauzionale infruttifero di € 1500.00 (millecinquecento/00)
- Fornitura del vestiario della persona per la quale è stato richiesto il ricovero.
- Rimborso delle spese per eventuali trasporti in ambulanza della persona ricoverata a/da presidi sanitari per cure e/o accertamenti diagnostico-specialistici.

Dichiara di essere a conoscenza che anche successivamente all'avvenuto ricovero della persona interessata, l'Ente ha la facoltà di dimettere la stessa qualora la prestazione in regime residenziale non risulti idonea alle specifiche necessità assistenziali dell'ospite. E' riconosciuta facoltà alla Direzione Sanitaria ed ai medici di disporre la sostituzione del letto, stanza o reparto della persona ricoverata operando poi l'amministrazione l'eventuale variazione di retta qualora tale provvedimento si renda necessario per i bisogni sanitario-assistenziali del paziente.

Altri recapiti telefonici dei famigliari:

Cognome e Nome	grado di parentela	n. telefono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Il richiedente inoltre si impegna a corrispondere la retta piena determinata con deliberazione dal Consiglio di Amministrazione qualora non venisse erogato dall'A.S.L. competente per territorio il contributo regionale ad personam.

In fede mi firmo:

\_\_\_\_\_

In ottemperanza alla disposizioni di cui alla Legge 675 del 31.12.1996 e successive modificazioni ed integrazioni    |    sottoscritt \_\_\_\_\_, acconsente al trattamento dei suoi dati personali e di quelli del suo famigliare.

\_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

**FONDAZIONE "ISTITUTO CARLO VISMARA - GIOVANNI DE PETRI" ONLUS**  
**VIA VISMARA N.10**  
**26020 SAN BASSANO (Cremona)**  
**Tel.0374-373178/373165-Fax 0374-381119**  
**E-MAIL : [urp@istitutovismara.it](mailto:urp@istitutovismara.it)**

Certificazione amministrativa da presentare allegata alla domanda di ammissione:

- 1) **Estratto dell'atto di nascita in carta libera**
- 2) **Carta d'identità non scaduta;**
- 3) **Libretto iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale;**
- 4) **Esenzione Ticket;**
- 5) **Certificato o copia della domanda di riconoscimento Invalidità Civile e/o indennità accompagnamento;**
- 6) **Copia (eventuale) atto nomina Tutore/Amministratore Sostegno/Curatore o eventuale autocertificazione di non tutela**

**Responsabile**  
**Ufficio Relazioni con il Pubblico**  
**F.to Rag. Boffini Gianfranco**