



# 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 in regime di "solvenza" rep. SAN CARLO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

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

telefono n° \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

del/della sig./sig.ra

nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. di \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ c.a.p. \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

### CHIEDE

il ricovero del/della medesimo/a presso il Nucleo riabilitativo SAN CARLO .

Dichiara inoltre di essere disposto/a a presentarsi presso l'Ufficio di Relazioni con il Pubblico 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 Amministrativo di codesta Fondazione (Anno 2022 = € 104,00/die).
- Versamento del deposito cauzionale infruttifero di € 1690,00 (milleseicentonovanta/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:

- il ricovero in solvenza annulla le domande di ricovero in regime di convenzione con il SSR
- anche successivamente all'avvenuto ricovero della persona interessata, l'Ente ha la facoltà di dimettere la stessa qualora la prestazione in regime riabilitativo non risulti idonea alle specifiche necessità dell'ospite.
- è riconosciuta facoltà alla Direzione Sanitaria ed ai medici di disporre la sostituzione del letto, stanza o reparto della persona ricoverata.

Altri recapiti telefonici dei familiari:

COGNOME e NOME

GRADO DI PARENTELA

N° TEL.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_



**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

**CERTIFICAZIONE AMMINISTRATIVA DA ALLEGARE ALLA DOMANDA**

1. Estratto dell'atto di nascita in carta libera o autocertificazione di "non tutela" (tutore/curatore/amministratore di Sostegno)
2. Fotocopia carta d'identità non scaduta;
3. Fotocopia Carta Regionale dei Servizi;
4. Fotocopia Esenzione Ticket;
5. Certificato o copia della domanda di riconoscimento Invalidità Civile e/o indennità di accompagnamento;
6. Fotocopia patente di guida;
7. Eventuale documentazione sanitaria precedente.
8. Copia (eventuale) atto nomina Tutore/Amministratore di Sostegno/Curatore/Procuratore Generale/Speciale

**\*\* Il Presidente \*\***



*Dario Bellacosa*