

ALLA SPETT.LE AMMINISTRAZIONE
CASA DI RIPOSO
COMUNE DI AGLIANO TERME
VIA PRINCIPE AMEDEO 72
14041 – AGLIANO TERME

I sottoscritti, con la presente chiedono che il/la Sig. _____

venga ospitato/a presso la Casa di Riposo di Agliano Terme.

I sottoscritti:

- accettano tutte le condizioni riportate nel regolamento interno della Casa di Riposo del Comune di Agliano Terme, che dichiarano di conoscere ed accettare in ogni sua parte;
- assumono a loro carico, disgiuntamente, la spesa relativa alla retta;
- assumono disgiuntamente gli obblighi di seguito precisati:

1. Il pagamento della retta mensile entro il **giorno 12** di ogni mese mediante versamento alla Tesoreria dell'Ente – IBAN IT93Z0608510316000000006049
2. Si impegnano dietro semplice richiesta effettuata dall'Amministrazione al nominativo del primo firmatario, ad accettare le dimissioni dell'ospite nei casi previsti dall'art. 4 del Regolamento entro 15 giorni dalla richiesta;
3. Assumono a proprio carico eventuali maggiorazioni della retta, nel caso in cui l'ospite necessitasse di interventi di sostegno diversi da quelli riferiti alla data di accoglimento;
4. L'attuale residenza e recapito dei sottoscritti vengono indicati in calce alla presente, impegnandosi a comunicare immediatamente al Responsabile del servizio gli eventuali cambiamenti;
5. Sono a conoscenza e accetto che se, per qualsiasi motivo, l'ospite dovesse risultare assente dalla Casa di Riposo di Agliano Terme, il pagamento della retta dovrà essere effettuato integralmente se l'assenza è inferiore a giorni 7 e ridotto del 15% per il periodo superiore a giorni 7;
6. Si impegnano in caso di dimissioni volontarie a darne comunicazione 15 giorni prima;
7. Acconsentono ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 al trattamento dei dati comuni e sensibili per il perseguimento delle finalità per le quali i dati sono stati raccolti;
8. Si impegnano a produrre la seguente documentazione personale dell'ospite:
 - carta d'identità
 - codice fiscale
 - tessera sanitaria
 - eventuale esenzione ticket sulle prestazioni sanitarie e/o farmaceutiche

Letto, confermato e sottoscritto.

FIRMATARI

Lì, _____

1) _____

2) _____

3) _____

