



CASA DI RIPOSO DELLA MISERICORDIA
Azienda Pubblica di Servizi alla Persona
Gaiole in Chianti (SI)

DOMANDA DI INGRESSO IN RSA PER SOGGETTI NON AUTOSUFFICIENTI

Data di presentazione della domanda ____/____/____

Spett.le
Casa di Riposo della Misericordia
Via D. Alighieri n. 7
53013 Gaiole in Chianti (SI)

___ l ___ sottoscritto/a _____

nat ___ il _____ a _____

residente a _____ Via _____ n. _____

in proprio oppure in qualità di _____

Del Sig./ra _____

nat ___ il _____ a _____

residente a _____ Via _____ n. _____

Telefono _____ Cellulare _____

e-mail _____

CHIEDE

L'ammissione presso la Casa di Riposo della Misericordia di Gaiole in Chianti (SI), per tipologia assistenziale NON AUTOSUFFICIENTE al costo di Euro 105,00 al giorno per la seguente tipologia:

- Tipologia:** Ricovero temporaneo dal ____/____/____ al ____/____/____
 Ricovero permanente dal ____/____/____

Motivazione della richiesta

dichiara di essere in possesso dei seguenti mezzi finanziari occorrenti per il pagamento della retta giornaliera di ricovero:

1. _____
2. _____
3. _____
altro _____



CASA DI RIPOSO DELLA MISERICORDIA
Azienda Pubblica di Servizi alla Persona
Gaiole in Chianti (SI)

ULTERIORI INFORMAZIONI:

| |
|--|
| <p>Provenienza Ospite: <input type="checkbox"/> Soggetto che accede direttamente alla struttura dal domicilio <input type="checkbox"/> Soggetto in dimissione da struttura sanitaria ospedaliera <input type="checkbox"/> Soggetto in dimissione da struttura sanitaria non ospedaliera (casa di cura) <input type="checkbox"/> Altro _____ _____</p> <p>Medico curante _____</p> <p>Condizioni socio-sanitarie del soggetto: _____ _____ _____</p> <p>Protesi ed ausili in uso: <input type="checkbox"/> deambulatore <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> materassino/cuscino antidecubito <input type="checkbox"/> presidio per incontinenza <input type="checkbox"/> altro (specificare) _____ _____</p> <p>Ulteriori notizie _____ _____ _____</p> |
|--|

IL RICHIEDENTE

DICHIARAZIONE DI GARANZIA PER IL PAGAMENTO DELLA RETTA DI OSPITALITÀ

Il Sig./la Sig.ra _____

In qualità di _____

DICHIARA

- Di convalidare tutte le dichiarazioni rese dal Sig. / Sig.ra _____
nella presente domanda di ingresso;

In fede
