

NOMINATIVO UTENTE _____

NATO A _____ IL _____ ANNI _____

RESIDENTE A _____ VIA _____

PROVENIENTE DA: - DOMICILIO - OSPEDALE - ALTRA STRUTTURA

DESCRIZIONE SITUAZIONE

CHIEDE DI ESSERE AMMESSO NELL' **IPAB "Domenico Bertone" di Bagnolo P.te.**

A TALE SCOPO DICHIARA:

- DI IMPEGNARSI A PAGARE LA RETTA DETERMINATA DALL'AMMINISTRAZIONE A SCADENZE MENSILI ANTICIPATE;
- DI IMPEGNARSI A PAGARE ALLO STESSO MODO TUTTI GLI AUMENTI CHE SARANNO COMUNICATI DALL'AMMINISTRAZIONE COMUNALE E LE SPESE PER EVENTUALI TRASPORTI IN OSPEDALE O SIMILI.

IN CASO DI RINUNCIA AL POSTO LETTO SI IMPEGNA AL VERSAMENTO DI UNA SOMMA PARI AD €100,00 QUALE RIMBORSO PER MANCATA OCCUPAZIONE.

ALLEGA ALLA DOMANDA:

- CERTIFICATO DEL MEDICO CURANTE REDATTO SUGLI APPOSITI MODELLI FORNITI DALLA DIREZIONE

APPUNTAMENTO PER VISITA STRUTTURA: GIORNO: ___/___/_____ ORA ___:___

NOMINATIVO PERSONA DI RIFERIMENTO _____

GRADO DI PARENTELA _____

NUMERI TELEFONICI, RIFERIMENTI E INDIRIZZO

INSERIMENTO PREVISTO IN DATA: _____
Alle ore: _____

Bagnolo Piemonte, lì _____

Firma parente _____

Fare copia per Reparto
Alle RSA fare copia anche per FTK

Firma per ricevuta del FTK _____