



# FONDAZIONE "Moroni-Antonini- Morganti" - OSTRA (AN) -

Via Don A. Morganti n.9 - 60010 Ostra (AN)

Ufficio Amministrativo Tel. 07168512 Fax 071/7989797

e-mail:amministrazione@casadiriposoost.it

*Al Signor Presidente  
della Fondazione  
Sede*

Oggetto: domanda di ammissione di

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
(dati di chi firma la domanda)

Il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) (cap.)

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

## CHIEDE

a) Di essere ammesso/a come ospite nella Casa di Riposo M.A.M. di Ostra;

b) Di ammettere nella Casa di Riposo M.A.M. il/la sig. \_\_\_\_\_ (dati del soggetto l'ammissione)  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) e residente in  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

a tal fine dichiara:

- 1) Di aver preso visione del regolamento interno dell'Ente, parte integrante della presente, e di accettarne ogni parte.
- 2) Di essere a conoscenza che l'assistenza sanitaria è totalmente a carico dell'ospite e che l'Ente non fornisce l'assistenza medica, farmaceutica, ospedaliera ed i presidi sanitari (pannoloni, carrozzelle ecc..) che in caso di bisogno faranno carico all'Azienda U.S.L. di appartenenza o al firmatario della presente.
- 3) Che l'anziano è / non è in possesso dell'invalidità al 100% e Indennità di accompagnamento.
- 4) Di essere a conoscenza della retta attualmente in vigore per le categorie assistenziali e di accettarne eventuali variazioni determinate con atto deliberativo del C.d.A.
- 5) Di permettere l'utilizzo, dei dati personali (generalità e residenza) propri e dei familiari firmatari la presente domanda, per tutte le pratiche riguardanti l'assistenza all'ospite, anche da parte di terzi.
- 6) Di presentare deliberazione di impegno del comune di residenza ad integrazione dell'importo della pensione per far fronte all'importo parziale o complessivo della retta, qualora non a proprio totale carico.
- 7) Di sapere che in caso di visite specialistiche, analisi e di ricovero in ospedale o in casa di cura l'assistenza sarà garantita dai famigliari.
- 8) Di essere a conoscenza che: a) tutti gli ospiti possono entrare ed uscire dall'Istituto secondo le proprie necessità nei limiti previsti dal regolamento vigente,  
b) l'Ente non assume la responsabilità di controllare i ricoverati che, per qualsiasi motivo escono dall'Istituto.
- 9) Di impegnarsi a non presentare rivalsa per ogni eventuale incidente, non dovuto a dolo, accorso all'ospite durante la normale attività di assistenza dei dipendenti dell'Ente.

Per accettazione dei punti dal n.1 al n.9

Ostra, \_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(Firma)

Allega alla presente i due moduli compilati dal proprio medico certificanti le condizioni psico-fisiche dell'anziano richiedente.

**Si impegna a consegnare al momento dell'ingresso dell'ospite la seguente documentazione:**

- Autocertificazione di residenza, nascita e stato di famiglia;
- copia di un documento di riconoscimento e Codice Fiscale (Tessera Sanitaria Europea);
- libretto sanitario e copia certificato di invalidità (se rilasciato);
- ogni altra documentazione che l'Amministrazione ritenga necessaria.

SOTTOSCRIZIONE DI GARANZIA

Premesso che l'accoglimento è subordinato al rilascio di idonee garanzie personali e/o reali da parte dell'ospite o dal/i garante/i al fine di assicurare il puntuale e totale adempimento di tutti gli obblighi contrattuali verso la Fondazione "Moroni-Antonini-Morganti", previsti dal regolamento interno

1) Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
(dati di chi firma la garanzia)  
Il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) (cap.)  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

SI IMPEGNA

1) A garantire, a decorrere dalla data di accoglimento dell'ospite, oggetto della domanda, presso la Casa di Riposo tutti gli obblighi dell'assistito:

- a) Il puntuale pagamento della retta mensile (entro i primi 10 giorni del mese);
- b) Il pagamento delle spese extra quali prestazioni sanitarie e di medicinali, la cui spesa dovrà essere liquidata direttamente alla farmacia fornitrice. La garanzia si intende prestata per tutta la durata della permanenza dell'ospite presso la Casa di Riposo.
- c) Di dare comunicazione dell'eventuale concessione dell'indennità di accompagnamento, qualora questa venga riconosciuta dopo l'ammissione dell'ospite.

2) Di costituirsi fideiussore ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1936 C.C. del/della sig./a \_\_\_\_\_

3) Che il garante rinuncia ai termini previsti a suo favore dall'art.1957 del Codice Civile e dichiara di conoscere l'attuale situazione economico/patrimoniale del/della sig./a \_\_\_\_\_

Letto confermato e sottoscritto

Data \_\_\_\_\_

1) \_\_\_\_\_  
(firma leggibile)