

CARTA DEI SERVIZI - Allegato A  
DOMANDA D'INGRESSO

ALLA FONDAZIONE PENSIONATO "LIVIA CAVALIERI GALLERANI" ONLUS - CENTO

**OSPITE**

Il sottoscritto Sig./Sig.ra.....nato a.....(.....)

Il ..... C.F.: .....residente a .....in

Via.....n.....,

rivolge all'Amministrazione di codesto Ente la presente Domanda d'ingresso **residenziale/temporaneo**  
dal..... al..... presso codesto Istituto.

**PARENTE e/o AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO (Riferimento 1)**

Il sottoscritto Sig./Sig.ra.....nato/a .....

il..... codice fiscale .....residente a .....in

Via.....n ..... cell, .....

e-mail..... in qualità di parente di riferimento e/o

Amministratore di sostegno convalida la domanda dell'Ospite impegnandosi a sottoscrivere, in caso di  
accettazione, il **Contratto di Accoglimento, la Domanda di scelta del Medico indicato dall'Ente e le**  
**comunicazioni agli Enti vari. (per TAO, ausili vari ecc.)**

**Altri parenti di riferimento:**

Riferimento (2) relazione di parentela .....

C.F..... Sig./Sig.ra .....

cell. .... e-mail .....

Riferimento (3) relazione di parentela .....

C.F..... Sig./Sig.ra .....

cell. .... e-mail .....

**Dichiarano di aver ricevuto e preso visione della seguente documentazione:**

l'informativa privacy per Ospite e Riferimenti (1),(2) e (3) - Copia della CARTA DEI SERVIZI -  
Copia del REGOLAMENTO INTERNO.

Cento, il \_\_\_\_\_

Firma dell'Ospite

\_\_\_\_\_

Firma del

Riferimento (1) \_\_\_\_\_

Riferimento (2) \_\_\_\_\_

Riferimento (3) \_\_\_\_\_

**Documenti da consegnare all'Infermiera della Struttura per l'esame della Domanda. Possono essere consegnati a mano oppure via e-mail all'indirizzo: [infermeria.pensionato@gmail.com](mailto:infermeria.pensionato@gmail.com)**

- Carta d'identità e codice fiscale dell'Ospite e dei Riferimenti (1), (2) e (3),
- Copia della nomina di amministratore di sostegno,
- Documentazione sanitaria: Recapiti del Medico di Medicina Generale (MMG), Terapia in corso, datata e firmata dal MMG, Piani terapeutici se presenti, ultimo ricovero se presente, Anamnesi passata e recente firmata da MMG, Visite specialistiche di rilievo, es: geriatrica, Eventuali visite ed esami già prenotati, Certificato d'invalidità, Certificato di tutte le vaccinazioni eseguite, certificato di assistenza da parte dei Servizi Sociali del Comune se disponibile.
- Domanda d'ingresso,
- Accettazione privacy ospite e riferimenti (1), (2) e (3).

L'ente esaminerà la documentazione prodotta, e comunicherà al Riferimento (1) l'esito entro 5 giorni lavorativi dalla data di presentazione della domanda, se ritenuto idoneo, invita tutti i Riferimenti, a sottoscrivere il **Contratto di accoglimento e gli altri documenti specificati nella domanda** e stabilire congiuntamente, la data e l'ora dell'ingresso.

In caso di richiesta di riparto delle spese fra tutti i Riferimenti, il **Contratto di accoglimento** dovrà essere sottoscritto da tutti e l'impegno assunto **solidalmente dai richiedenti**.

Firma dell'Ospite

Firma del

\_\_\_\_\_ Riferimento (1) \_\_\_\_\_

Riferimento (2) \_\_\_\_\_

Riferimento (3) \_\_\_\_\_