

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

- o Autocertificazione dello stato di famiglia e residenza (allegata)
- o Fotocopia carta d'identità e codice fiscale dell'Ospite
- o Fotocopia carta d'identità del parente di riferimento
- o Fotocopia tessera sanitaria ed eventuali esenzioni ticket
- o Domanda di ingresso in R.S.A. (allegata)
- o Scheda sanitaria (modulo allegato - da compilarsi a cura del Medico di base)
- o Dichiarazione di responsabilità (in copertina)
- o Scheda di valutazione sociale (modulo allegato)
- o Eventuale relazione del servizio sociale del Comune di residenza
- o Certificato di invalidità
- o Certificato vaccinazioni Covid 19
- o Fotocopia eventuale nomina tutore giudiziario/curatore/amministratore di sostegno

Si dichiara di aver preso visione del Regolamento interno e della Carta dei Servizi

Data Firma dell'interessato

N.B. Le domande incomplete della documentazione richiesta, NON POTRANNO essere accettate.

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ (da compilare da parte del parente garante)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
(Pr. _____), il ___ / ___ / _____ e residente a _____ in
via _____, N. ___ dichiara di costituirsi garante in relazione a
tutte le norme regolanti il rapporto del/la Signor/a _____ nato/a a
_____ (Pr. _____), il ___ / ___ / _____ e residente a
_____ in via _____, N. _____
vigenti tra quest'ultimo e la Fondazione Casa di Riposo di Ponte San Pietro Onlus.
In caso di insolvenza nel pagamento, si dichiara di assumere ogni responsabilità al riguardo.

_____, lì ___ / ___ / _____

IN FEDE
