

A.P.S.P. S. ANTONIO ABATE - TRINO

DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA

CASA DI RIPOSO

(per persone Autosufficienti)

Il / la sottoscritto/a.....

nato/a prov.il.....

residente inprov.....

via. n. telefono.....

Stato civile:

Coniugato/a Vedovo/a Celibe/Nubile (NB. : Barrare solo la casella interessata)

CHIEDE

di essere ammesso/a presso la Casa di Riposo APSP S. Antonio Abate di Trino (VC)

A tal fine allega la seguente documentazione:

- Scheda Sanitaria compilata dal proprio medico curante
- Stato di famiglia e Residenza in carta libera (autocertificazione)
- Redditi: Mod. CUD / copia del mod. 730 / Unico / Altro

Trino,

IN FEDE

A conferma della domanda presentata per l'ammissione presso la Casa di Riposo dell'APSP S. Antonio Abate di Trino da parte del

Sig.....

il sottoscritto

Sig.

residente in.....prov.

via.....tel.

in qualità di(indicare il grado di parentela)

nel caso di accoglimento della domanda

DICHIARA

- 1) Di assumere direttamente a proprio carico l'obbligo nei confronti dell' APSP S. Antonio Abate di Trino relativo al pagamento delle rette mensili dovute alla stessa per l'accoglimento presso il reparto Casa di Riposo del

Sig.

SI IMPEGNA

- 2) A pagare alla Tesoreria dell'APSP S. Antonio Abate entro il giorno 10 di ogni mese la retta mensile anticipata, che attualmente ammonta a €giornaliere, o quale potrà essere in futuro quella stabilita dall' Amministrazione con apposito provvedimento deliberativo regolarmente approvato dall' autorità tutoria.
- 3) Ad attivare le pratiche per l'eventuale integrazione della retta da parte dell'ASL competente, nei casi previsti.

RICONOSCE CHE

- 4) Il rapporto con l'APSP di cui alla su estesa domanda, si risolverà espressamente ai sensi dell'art. 1456 C.C., in caso di inadempimento della clausola n. 3) e in particolare in caso di mancato pagamento delle rette mensili di degenza per l'ammontare di **tre** mensilità anche non consecutive e in tal caso l'ospite verrà dimesso entro trenta giorni dalla comunicazione dell'APSP di volersi avvalere della presente clausola di intervenuta risoluzione di diritto del rapporto

Si precisa che l'assegnazione del posto-letto nella relativa camera è suscettibile di eventuali variazioni secondo le esigenze dell'Amministrazione della Casa di Riposo.

In caso di ricovero in ospedale o uscita temporanea del ricoverato, la retta non subirà modificazioni per l'intero primo mese. Sarà ridotta al 50% nel corso dei due mesi successivi decorsi i quali l'ospite potrà essere dimesso con atto deliberativo del Consiglio di Amministrazione, sentita l'equipe di Distretto.

Nel caso in cui l'ospite lasci l'Ente a titolo definitivo la retta si intende dovuta per l'intera decade in cui cade il giorno di uscita.

(Es. se il giorno di uscita cade tra l' 1 e il 10 la retta è dovuta per 10 giorni, tra l' 11 e il 20 è dovuta per 20 giorni, dal 21 è dovuto tutto il mese)

Ai fini della determinazione dell' eventuale quota di integrazione alla retta a carico delle persone tenute agli alimenti, in conformità dell' articolo 433 del Codice Civile che si riporta integralmente:

"All'obbligo di prestare gli alimenti sono tenuti nell'ordine seguente:

- 1) il coniuge;
- 2) i figli legittimi o legittimati e, in loro mancanza, i discendenti prossimi;
- 3) i genitori e, in loro mancanza, gli ascendenti prossimi;
- 4) i generi e le nuore;
- 5) il suocero e la suocera;
- 6) i fratelli e le sorelle germani o unilaterali, con precedenza dei germani sugli unilaterali."

si indicano:

Sig.

residente inprov.

via.....tel.

grado di parentela.....

Sig.
residente inprov.
via.....tel.
grado di parentela.....

Sig.
residente inprov.
via.....tel.
grado di parentela.....

FIRMA per accettazione

Documento d' Identità _____

Il/la sottoscritto/adichiara
ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 1341 del Codice Civile, di aver preso conoscenza e di
approvare specificatamente le clausole di cui ai numeri 1), 2), 3), 4) 5) riportate nel presente atto.

FIRMA
