

	<b>MOD/AGQ/015</b>  <b>DOMANDA DI AMMISSIONE PRESSO L'APSP RESIDENZA VALLE DEI LAGHI COMPILAZIONE DA PARTE DELL'UTENTE</b>		
<b>Pagina 1/2</b>  <b>21/12/2020 Rev. 10</b>	<b>Verifica</b>	<b>21/12/2020</b>	<b>Firma</b> 
	<b>Approvazione</b>	<b>21/12/2020</b>	<b>Firma</b> 

OGGETTO: Domanda di ammissione.

Spett.le  
 RESIDENZA VALLE DEI LAGHI Azienda Pubblica di Servizi alla Persona  
 Via Ospedale 24  
 38073 CAVEDINE (TN)

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ con la presente chiede il ricovero presso codesta  
 Azienda.

A tal fine

### D I C H I A R A




- Di accettare, le norme vigenti che regolano la vita interna della Residenza Valle dei Laghi, nonché quelle che saranno stabilite dai competenti Organi dell'Amministrazione, ed in particolare le possibilità di trasferimento fra i vari reparti a seguito di eventuali mutate esigenze assistenziali.
- Di impegnarsi altresì al pagamento della retta di degenza, stabilita annualmente dal Consiglio di Amministrazione, a partire dalla data di ingresso nella struttura

### C H I E D E

inoltre, che l'inserimento avvenga nella tipologia 1) o 2) (vedi pag. successiva).  
 Nel caso di inserimento nella tipologia 2), il sottoscritto dichiara di impegnarsi a versare un deposito cauzionale anticipato pari ad una mensilità di 2.976,00 euro, rapportata ai giorni di effettiva presenza nel caso di soggiorno inferiore a 30 gg.

Allega quadro clinico MOD/AGQ/040.

In fede \_\_\_\_\_

	<b>MOD/AGQ/015</b>			
	<b>DOMANDA DI AMMISSIONE PRESSO L'APSP RESIDENZA VALLE DEI LAGHI COMPILAZIONE DA PARTE DELL'UTENTE</b>			
Pagina 2/2 21/12/2020 Rev. 10	Verifica	21/12/2020	Firma	
	Approvazione	21/12/2020	Firma	

INDIRIZZO PER COMUNICAZIONI:

Nome -----

Comune di -----

Via - Fraz. -----



-----

### TIPOLOGIA RETTA DI RICOVERO – anno 2021

TIPOLOGIA	OSPITE		RETTA RESIDENZIALE	RETTA SANITARIA	TOTALE
1	Autosufficiente	€/giorno	<b>47,70</b>		<b>47,70</b>
2	Non autosufficiente su posti non convenzionati	€/giorno	<b>47,70</b>	<b>51,50</b>	<b>99,20</b>