




| | | | |
|---|--|-------------------|--|
|  | MOD/AGQ/016 DOMANDA DI AMMISSIONE PRESSO L'APSP RESIDENZA VALLE DEI LAGHI – COMPILAZIONE A NOME DELL'UTENTE | | |
| Pagina 1/3 21/12/2020 Rev. 10 | Verifica | 21/12/2020 | Firma  |
| | Approvazione | 21/12/2020 | Firma  |

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 _____ con la
presente chiede il ricovero presso codesta Azienda del/la
signor/a _____ nato/a a
_____ il _____
residente a _____ in via

A tal fine

D I C H I A R A

- Di accettare, a nome dell'Ospite, 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 dell'Ospite fra i vari reparti a seguito di eventuali mutate esigenze assistenziali.

| | | | |
|---|--|-------------------|---|
|  | MOD/AGQ/016 DOMANDA DI AMMISSIONE PRESSO L'APSP RESIDENZA VALLE DEI LAGHI – COMPILAZIONE A NOME DELL'UTENTE | | |
| Pagina 2/3 21/12/2020 Rev. 10 | Verifica | 21/12/2020 | Firma  |
| | Approvazione | 21/12/2020 | Firma  |

- 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 2.940,00 euro, rapportata ai giorni di effettiva presenza nel caso di soggiorno inferiore a 30 gg.

Allega quadro clinico MOD/AGQ/040.

In fede

| | | | | |
|---|--|------------|-------|---|
|  | MOD/AGQ/016 | | | |
| | DOMANDA DI AMMISSIONE PRESSO L'APSP RESIDENZA VALLE DEI LAGHI – COMPILAZIONE A NOME DELL'UTENTE | | | |
| Pagina 3/3 21/12/2020 Rev. 10 | <i>Verifica</i> | 21/12/2020 | Firma |  |
| | <i>Approvazione</i> | 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 | 47,70 | | 47,70 |
| 2 | Non autosufficiente su posti non convenzionati | €/giorno | 47,70 | 51,50 | 99,20 |