

Modulo per la presentazione della RICHIESTA DI AMMISSIONE AL CENTRO DIURNO



FONDAZIONE
MONS. COMI
O N L U S

Residenza Sanitaria Assistenziale

Via Forlanini, 6 - 21016 Luino (VA) - Tel.
0332/542311 - Fax. 0332/511.226 - e-mail:
info@fondazionecomi.it - sito web:
www.fondazionecomi.it - C.F. 84002350126 -
P.IVA 02191770128

Parte riservata all'Istituto:

PROTOCOLLO _____

Annotazioni:

DATI DELLA PERSONA DA AMMETTERE:

MASCHIO FEMMINA

COGNOME - NOME: _____

(per le femmine): eventuale COGNOME acquisito: _____

STATO CIVILE _____ Codice Fiscale _____

nato/nata il _____ Comune (o Stato Estero di nascita) _____

Comune di residenza _____ Provincia _____

Indirizzo _____ telefono _____

CODICE ASSISTITO (rilevato su Tessera Regionale Sanitaria): _____

numero figli maschi _____ numero figlie femmine _____

scolarizzazione _____ professione prima della pensione _____

TARIFFA GIORNALIERA € 29,00

SUPPLEMENTO TRASPORTO € 3,00 (ANDATA E RITORNO)

SUPPLEMENTO CENA € 4,00

INDICARE SE LA PERSONA DA AMMETTERE USUFRUISCE DI:

>> BUONO SOCIO SANITARIO: SI NO Ha presentato domanda

>> ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO: SI NO Ha presentato domanda

>> ASSISTENZA DOMICILIARE integrata: SI NO Ha presentato domanda

>> VOUCHER: SI NO Ha presentato domanda

ONERE DELLA RETTA:

IN PROPRIO A PARZIALE CARICO COMUNE

A TOTALE CARICO COMUNE

INDICARE SE PER LA PERSONA DA AMMETTERE E' STATO NOMINATO UN:

TUTORE

CURATORE

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO

DATI DELLA PERSONA CHE INOLTRA LA DOMANDA DI AMMISSIONE :

NOME - COGNOME: _____

codice fiscale _____

Grado di parentela con la persona da ammettere _____

nato/nata il _____ Comune (o Stato Estero di nascita) _____

Comune di residenza _____ Provincia _____

Indirizzo _____

numeri telefono di riferimento _____

ALTRE PERSONE DI RIFERIMENTO :

NOME - COGNOME: _____

Grado di parentela con la persona da ammettere _____

Comune di residenza _____ Provincia _____

Indirizzo _____

numeri telefono di riferimento _____

La presente domanda di ammissione **ha validità di un anno** dalla data di inoltro: trascorso tale termine dovrà essere rinnovata allegando la certificazione medica aggiornata.

Il/la sottoscritto/a **si impegna**, al momento dell'ammissione dell'ospite, al pagamento totale della retta stabilita per tutto il periodo di permanenza dello stesso.

data _____

Firma _____

Informativa ed espressione del Consenso ai sensi del Regolamento UE 2016/679

I dati acquisiti sono utilizzati esclusivamente a scopi amministrativi per la presentazione della domanda di ammissione e la gestione delle comunicazioni e degli adempimenti conseguenti.

Per nessun motivo tali dati saranno resi pubblici o ceduti a terzi. I dati sopra riportati sono destinati esclusivamente alla Società indicata come destinatario.

La comunicazione e diffusione dei dati sopra riportati a soggetti diversi da quelli indicati, od in generale qualsivoglia utilizzo illecito dei dati ivi contenuti, è proibita ai sensi del Reg. UE/679/2016.

La informiamo infine che in ogni momento potrà esercitare i diritti nei confronti del Titolare del trattamento ai sensi del Reg. UE/679/2016, quindi ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati, conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza, chiederne l'integrazione, l'aggiornamento, la rettifica, la cancellazione, la limitazione di trattamento, la portabilità, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al loro trattamento.

In caso di assenza del consenso al trattamento dati la Fondazione non potrà accogliere la presente domanda.

Per presa visione ed espressione del Consenso

Data _____

Firma dell'ospite _____

Firma del familiare/responsabile _____

Firma del tutore/curatore/amministratore di sostegno _____