

All'ente gestore

del servizio di _____

INSERIMENTO SERVIZI RESIDENZIALI

Il/la sottoscritto/a		
Nato/a a	Prov.	il
Residente in	Prov.	CAP
Via/Fraz/Loc.		n°
e-mail	Telefono	

a seguito della comunicazione dell'UVMD del _____

CHIEDE

☐ Per sé stesso, codice fiscale		
☐ Per il/la sig./ra		
Codice fiscale		
Nato/a a	Prov.	il
Residente in	Prov.	CAP
e-mail	Telefono	
Con il quale ha un rapporto di		

- di essere inserito/che venga inserito presso la struttura _____ in modo

☐ Permanente, a decorrere dal
☐ Temporaneo, a decorrere dal
☐ Diurno, a decorrere dal

- che la corrispondenza (retta) venga recapitata al seguente indirizzo (indicare nome, cognome e indirizzo)

Retta utente
Retta familiare

- che il pagamento della retta venga effettuato mediante

☐ c/c bancario	☐ c/c postale
servizio RID con commissione a pagamento	
Banca	Filiale di
☐ Intestatario del conto	
IBAN	
Indirizzo al quale recapitare eventuale corrispondenza	
☐ Altro (specificare):	

Consapevole delle responsabilità penali e civili derivanti in caso di dichiarazioni false e mendaci, ai sensi del [DPR 445/2000](#), della [LR 19/2007](#), e informato che i dati forniti potranno essere utilizzati ai sensi del [DLgs 196/2003](#)

DICHIARA

- di avere/che l'ospite ha come medico curante il dott. _____
- di vivere ☐ da solo/☐ con la propria famiglia, composta da:

Parentela	Nome e cognome	Luogo e data di nascita

- di avere con/che l'ospite ha i seguenti familiari

Parentela	Nome e cognome	Luogo e data di nascita

- di aver ricevuto e preso visione del regolamento disciplinante i servizi residenziali diurni erogati dall'Unité des Communes;
- di essere a conoscenza che qualora la retta giornaliera fosse pari al massimo previsto dalla normativa, verrà calcolata e caricata a carico dell'utente, la quota relativa ai farmaci non dispensati dal Servizio Sanitario Regionale.

Il/La sottoscritto/a utente ed insieme i sottoscritti familiari si impegnano altresì in solido a versare la quota contributiva stabilita sulla base delle disposizioni regionali in materia.

Il/la dichiarante

IMPEGNO DELL'UTENTE E DEI SUOI PARENTI PER L'INSERIMENTO NELLA STRUTTURA

L'ospite sottoscritto _____

informato che i dati forniti potranno essere utilizzati ai sensi del [DLgs 196/2003](#)

SI IMPEGNA

- a dotarsi al momento dell'inserimento, di corredo personale contrassegnato con il numero _____ e a reintegrarlo al bisogno;
- ad accettare le regole del servizio (orari pasti, ecc..);
- a collaborare, in base alle proprie possibilità, nelle attività della struttura;

SI IMPEGNA ALTRESÌ

☐	a rispettare i termini del periodo di permanenza, con decorrenza dal _____ al _____ (inserimenti temporanei)
☐	a fornire la documentazione richiesta (IRSEE) per la determinazione della quota di contribuzione entro il _____
☐	a rinunciare alla presentazione dell'IRSEE necessario per la determinazione della quota di contribuzione a carico dell'utente per l'inserimento in struttura, e a garantire il versamento della quota massima giornaliera più farmaci non dispensati dal Servizio Sanitario Regionale

- a comunicare tempestivamente eventuali redditi percepiti successivamente all'inserimento in struttura (es. indennità di accompagnamento, pensioni di invalidità...);
- a versare la quota di contribuzione a proprio carico, stabilita in base alle disposizioni regionali, ammontante per l'anno in corso a € _____ al giorno, direttamente o attraverso un suo delegato, nella persona di _____

L'interessato/a

I famigliari sottoscritti _____

informato che i dati forniti potranno essere utilizzati ai sensi del [DLgs 196/2003](#)

SI IMPEGNANO

- a fornire, al momento dell'inserimento, il corredo personale contrassegnato con il numero _____ e a reintegrarlo al bisogno;
- a visitare il proprio congiunto almeno _____
- ad ospitare il proprio congiunto _____
- a trasportare e/o accompagnare il proprio congiunto in occasione di:

☐ Visite mediche

☐ Ricoveri ospedalieri

☐ Altro (specificare): _____

- a collaborare con il personale in caso di bisogno, per l'assistenza al proprio congiunto (aiuto ad imboccare, assistenza in fase terminale, ecc...)

SI IMPEGNANO ALTRESÌ

☐	a rispettare i termini del periodo di permanenza del familiare, con decorrenza dal _____ al _____ (inserimenti temporanei)
☐	a fornire la documentazione richiesta (IRSEE) per la determinazione della quota di contribuzione entro il _____
☐	a rinunciare alla presentazione dell'IRSEE necessario per la determinazione della quota di contribuzione a carico dell'utente per l'inserimento in struttura, e a garantire il versamento della quota massima giornaliera più farmaci non dispensati dal Servizio Sanitario Regionale

- a comunicare tempestivamente eventuali redditi percepiti successivamente all'inserimento in struttura (es. indennità di accompagnamento, pensioni di invalidità...).
- a versare la quota di contribuzione stabilita, in base alle disposizioni regionali, ammontante per l'anno in corso a:

☐	€	al giorno a carico dell'UTENTE sig./ra	
☐	in qualità di		
☐	€	al giorno a carico del FAMILIARE sig./ra	in
☐	qualità di		
☐	€	al giorno a carico del FAMILIARE sig./ra	in
☐	qualità di		
☐	€	al giorno a carico del FAMILIARE sig./ra	in
☐	qualità di		
☐	€	al giorno a carico del FAMILIARE sig./ra	in
☐	qualità di		

per un totale di € _____ al giorno.

I famigliari
