



DOMANDA DI AMMISSIONE

CDI CASA DON GUANELLA - Barza di Ispra (VA)

Telefono 0332 783199/104 - Fax 0332 782420

e-mail: barza.ricovero@guanelliani.it

Data _____

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

nella qualità di (*grado di parentela*) _____

recapiti telefonici (*almeno due*) _____

indirizzo e-mail _____

PRESENTA DOMANDA DI AMMISSIONE PRESSO IL CDI CASA DON GUANELLA

per la Sig.ra/ Sig. _____

Nata/o a _____ il _____

Residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____

Stato civile _____ N. figli _____ Codice Fiscale _____

Tessera sanitaria _____ ATS di
appart. _____

Invalidità NO . SI : _____%

Indennità di accompagnamento NO - SI

DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE DELLA CARTA DEI SERVIZI IN VIGORE E DI ESSERE STATO INFORMATO E DI ACCETTARE SENZA RISERVE LE SEGUENTI CONDIZIONI PER L'AMMISSIONE PRESSO IL CDI:

- al fine di non far decadere la **domanda**, la stessa **dovrà essere confermata telefonicamente o per iscritto con cadenza trimestrale**
- dal momento in cui venisse proposto l'**Ingresso** in CDI, sarà necessario dare una **risposta definitiva entro e non oltre 24 ore**, nonché **garantire l'Ingresso dell'ospite entro e non oltre 72 ore** dal momento della proposta, pena l'**annullamento** della stessa
- qualora l'**ospite non sia nelle condizioni di entrare in CDI** entro le 72 ore di cui sopra, sarà sua facoltà (o di chi ne fa le veci), **richiedere il mantenimento del posto previo pagamento anticipato di una quota** che sarà quantificata al momento

INDICA QUALI ALTRI REFERENTI DELL'OSPITE DA CONTATTARE

1. Nome _____ Cognome _____ parentela _____

Residente _____ Via/Piazza: _____ n. _____

recapiti telefonici _____

2. Nome _____ Cognome _____ parentela _____

Residente _____ Via/Piazza: _____ n. _____

recapiti telefonici _____

3. Nome _____ Cognome _____ parentela _____

Residente _____ Via/Piazza: _____ n. _____

recapiti telefonici _____

ALLEGA ALLA PRESENTE

1. **Scheda di inserimento - CERTIFICAZIONE DEL MEDICO CURANTE**

2. **Scheda di inserimento - DICHIARAZIONI DEI FAMILIARI**

3. **FOTOCOPIA CARTA DI IDENTITÀ E TESSERA SANITARIA**

4. Altro (specificare) _____

PRESTA IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI SUOI DATI PERSONALI

In base a quanto disposto nell'art.13 del D.Lgs. n° 196/03, sono informato circa il trattamento dei miei dati personali, ed in particolare che:

a) la finalità del trattamento è la valutazione per l'inserimento in CDI i dati saranno trattati su supporti cartacei ed elettronici;

b) il conferimento dei dati ha natura facoltativa, tuttavia la loro mancanza non consentirà di dare luogo alle attività di cui sopra;

c) i dati raccolti verranno comunicati unicamente all'ATS ed esclusivamente per la finalità di rendicontazione;

d) potranno essere esercitati i diritti di accesso ai propri dati, di cui all'art. 7 D.Lgs. n. 196/03

e) Il titolare del trattamento è la PROVINCIA ITALIANA DELLA CONGREGAZIONE DEI SERVI DELLA CARITÀ OPERA DON GUANELLA . nella Persona del suo Rappresentante Legale DON ROMANO ARGENTA.
Responsabile del trattamento dati è DON DOMENICO SCIBETTA.

FIRMA LEGGIBILE _____

Nel caso il richiedente sia persona diversa dall'ospite, la presente domanda è da intendersi effettuata con il consenso di quest'ultimo.