



Fondazione
Scarpari Forattini
onlus

DOMANDA DI INGRESSO IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE
RESIDENTI FUORI REGIONE

Il/La Sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
Residente a _____ Via _____ n. _____
Codice Fiscale _____ In qualità di _____
Tel _____ Cell _____ E-mail _____

CHIEDE L'ACCOGLIMENTO DI

Cognome e Nome _____
Nato/a a _____ il _____
Residente a _____ Via _____ n. _____
Codice Fiscale _____ Tessera Sanitaria _____
Stato Civile _____ Invalidità _____ % Ind. Accompagnamento Si No

IN POSTO LETTO

- Privato di sollievo** (min 30 giorni - max 60 giorni, prorogabili di ulteriori 30 giorni): **€ 77,00/gg** per i primi 30 giorni, successivamente la retta potrà variare da un minimo di € 72,00 ad un massimo di € 82,00 in base alla valutazione sanitaria-assistenziale
- Privato: € 77,00/gg** per i primi 30 giorni, successivamente la retta potrà variare da un minimo di € 72,00 ad un massimo di € 82,00 in base alla valutazione sanitaria-assistenziale
- Pacchetto di soggiorno breve 8 - 14 giorni: € 91,00/gg** (la retta deve essere pagato anticipatamente)
- Pacchetto di soggiorno breve 15 - 29 giorni: € 86,00/gg** (la retta deve essere pagata anticipatamente)
- Stanza singola (se e quando disponibile): maggiorazione € 6,00/gg

Provenienza:

- dal domicilio da altra RSA dall'ospedale da IDR

Allo scopo dichiara di impegnarsi al pagamento della retta di degenza determinata dalla Fondazione (ai sensi dell'art. 433 del Codice Civile) o di indicare altre persone /Enti obbligati al pagamento della retta

Data _____ Firma del Richiedente _____

Consenso al trattamento dei dati

Ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs 196/2003, consento al trattamento dei dati personali e sanitari per le finalità inerenti la presente domanda, il ricovero e gli adempimenti relativi da parte della Fondazione.

Data _____ Firma del Richiedente _____



Fondazione
Scarpari Forattini
onlus

TARIFFE DAL 01/01/2018

- Retta giornaliera in **posto privato € 77,00= per i primi 30 giorni**, successivamente la retta potrà variare da un minimo di € 72,00 ad un massimo di € 82,00 in base alla valutazione sanitaria – assistenziale
- Retta giornaliera in **posto privato di sollievo € 77,00= per i primi 30 giorni**, successivamente la retta potrà variare da un minimo di € 72,00 ad un massimo di € 82,00 in base alla valutazione sanitaria – assistenziale
- È richiesto il versamento del **Deposito cauzionale** fruttifero di **€ 2.100,00=**
Sul deposito cauzionale è riconosciuto un tasso d'interesse pari al tasso ufficiale di sconto B.C.E. (Banca Centrale Europea).
Nella causale indicare il nome della persona ricoverata.

- pacchetto 8 -14 giorni **€ 91,00** al giorno
- pacchetto 15 – 29 giorni **€ 86,00** al giorno

- I pagamenti devono essere effettuati anticipatamente mediante bonifico bancario. Su ogni fattura emessa va versato il bollo di € 2,00=

I pagamenti possono essere effettuati:

- **Mediante addebito diretto Sepa sul conto corrente**
- **Mediante bonifico bancario a favore della Fondazione utilizzando il seguente codice IBAN:**

IT 02 Z 01030 57960 000010101075

(Banca M.P.S. Ag. Schivenoglia)



Fondazione
Scarpari Forattini
onlus

DATI ANAGRAFICI OBBLIGATI

Signor/a _____
Nato/a a _____ il _____
Residente a _____ Via _____ n. _____
Codice Fiscale _____ In qualità di _____
Tel _____ Cell _____ E-mail _____

Signor/a _____
Nato/a a _____ il _____
Residente a _____ Via _____ n. _____
Codice Fiscale _____ In qualità di _____
Tel _____ Cell _____ E-mail _____

Signor/a _____
Nato/a a _____ il _____
Residente a _____ Via _____ n. _____
Codice Fiscale _____ In qualità di _____
Tel _____ Cell _____ E-mail _____

Signor/a _____
Nato/a a _____ il _____
Residente a _____ Via _____ n. _____
Codice Fiscale _____ In qualità di _____
Tel _____ Cell _____ E-mail _____