



### DOMANDA DI ATTIVAZIONE SERVIZI DOMICILIARI PRIVATI

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

#### CHIEDE L'ATTIVAZIONE DEI SEGUENTI SERVIZI DOMICILIARI PRIVATI:

- ATTIVITA' OCCUPAZIONALI (Terapista Occupazionale): **€ 30/h**
- COMPAGNIA (Oss): **€ 23/h**
- IGIENE E CURA DELLA PERSONA (Oss): **€ 23/h**
- RIABILITAZIONE IN STRUTTURA (Fisioterapista): **vedi tariffario allegato**
- RIABILITAZIONE A DOMICILIO (Fisioterapista): **€ 40/h**
- SOSTEGNO PSICOLOGICO A DOMICILIO (Psicologo): **€ 60/h**
- SOSTEGNO PSICOLOGICO IN STRUTTURA (Psicologo): **€ 50/h**
- STIMOLAZIONE COGNITIVA (Educatore): **€ 30/h**

- Per sé
- A favore di:

Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Allo scopo dichiara di impegnarsi al pagamento delle prestazioni secondo le tariffe determinate dalla Fondazione (ai sensi dell'art. 433 del Codice Civile) o di indicare altre persone /Enti obbligati al pagamento.

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 alla presente domanda, al ricovero e agli adempimenti relativi da parte della Fondazione.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Richiedente \_\_\_\_\_

## TARIFFE PER LA RIABILITAZIONE IN STRUTTURA

PRESTAZIONI DI FISIOTERAPIA PRESSO LA PALESTRA DELLA RSA	TARIFFA	TEMPI MEDI
Elettro terapia antalgica – TENS	€ 20	20 min. – 30 min.
Elettrostimolazione		
Ultrasuonoterapia	€ 20	20 min.
Tecar terapia	€ 30	30 min.
Magnetoterapia	€ 15,00	
Massaggio terapeutico	€ 45	45 min.
Kinesiterapia	€ 45	45 min.
Linfodrenaggio manuale	€ 45	45 min.
Bendaggio funzionale / compressivo	€ 20	
Ginnastica respiratoria - Rieducazione	€ 45	45 min.
Applicazione di taping in vari distretti	€ 10	

**I pagamenti possono essere effettuati:**

- **In contanti**
- **Mediante bonifico bancario a favore della Fondazione utilizzando il seguente codice IBAN:**  
**IT 02 Z 01030 57960 000010101075**  
**(Banca M.P.S. Ag. Schivenoglia)**

### DATI ANAGRAFICI OBBLIGATI

Signor/a \_\_\_\_\_  
 Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
 Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Allo scopo dichiara di impegnarsi al pagamento delle prestazioni secondo le tariffe determinate dalla Fondazione (ai sensi dell'art. 433 del Codice Civile)

**Data** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_