



Fondazione
Scarpari Forattini
onlus

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 _____

TARIFE PER LA RIABILITAZIONE IN STRUTTURA

PRESTAZIONI DI FISIOTERAPIA PRESSO LA PALESTRA DELLA RSA	TARIFFA	TEMPI MEDI
Elettro terapia antalgica – TENS Elettrostimolazione	€ 20	20 min. – 30 min.
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** _____