Residenza Emanuele Tapparelli D'Azeglio **Via Cuneo, 16 -12037 Saluzzo** **Tel/Fax. 0175/249204** **E-mail: info@tapparelli.org**	**DOMANDA DI AMMISSIONE** **MOD CDI 30 Rev. 03**	**Centro Diurno Integrato** **Via Cuneo, 16 -12037 Saluzzo** **Tel/Fax. 0175/249204** **E-mail: info@tapparelli.org**

(data) ……..

Il\La sottoscritto\a ..... nato\a a ..... il ..... residente a.....in ..... cellulare……. in qualità di:

❑ futuro Ospite ❑ parente (……...) ❑ amministratore di sostegno
❑ tutore/Curatore ❑ persona di riferimento (specificare……) di:

nome.....cognome.....nato\a a .....
il .....residente a.....in .....

CHIEDE DI ESSERE OSPITATO\A O CHIEDE DI ACCOGLIERE presso codesta "RESIDENZA"

	SERVIZIO SEMI-RESIDENZIALE GIORNALIERO	retta giornaliera per persona
❑	**CENTRO DIURNO INTEGRATO PRIVATO**	**48,36 €**
	GIORNI DI FREQUENZA SETTIMANALI	
❑	2 GIORNI A SETTIMANA	
❑	3 GIORNI A SETTIMANA	
❑	4 GIORNI A SETTIMANA	
❑	5 GIORNI A SETTIMANA	
❑	**CENTRO DIURNO INTEGRATO IN CONVENZIONE CON A.S.L.**	**24,18 €**
	GIORNI DI FREQUENZA SETTIMANALI	
❑	2 GIORNI A SETTIMANA	
❑	3 GIORNI A SETTIMANA	
❑	4 GIORNI A SETTIMANA	
❑	5 GIORNI A SETTIMANA	

(Firma) .....…….....

Documenti da allegare :

1. ***Dichiarazione medica*** *del medico di medicina generale o specialista* ***e indice di valutazione funzionale globale*** (Allegati 1 e 2 MOD INS 03);
2. ***Fotocopia carta d'identità, codice fiscale, tessera sanitaria*** e eventuali attestazioni di esenzione;
3. ***Attestato di avvenuta vaccinazione Covid-19;***

ANNOTAZIONI:

La frequenza minima presso il Centro Diurno è di 2 giorni settimanali, in caso di assenza si potrà recuperare la giornata entro la settimana successiva.

I giorni di frequenza richiesti come stabiliti da contratto, verranno in ogni caso addebitati a prescindere dalla presenza effettiva.

Per i giorni di assenza potrà essere richiesto il rimborso del 50% dell'importo della retta giornaliera.

Nel rispetto dell'orario, ***l'entrata e l'uscita dal Centro è libera ed è quindi sotto la totale e completa responsabilità della persona di riferimento (Tutore, Amministratore di Sostegno, caregive).***

Al momento dell'ingresso l'Ospite dovrà presentarsi munito di corredo come da allegato.

Le richieste di dimissione e il recesso dal Contratto di ospitalità e assistenza devono essere presentate con un preavviso di almeno quindici giorni compilando l'apposito modulo.

N.B.: Per quanto non specificato nel presente estratto si fa riferimento al regolamento interno approvato con deliberazione del Consiglio di Amministrazione del 14.06.2023.

Il\La sottoscritto\a si impegna ad accettare tutte le condizioni previste nel Regolamento interno, obbligandosi ad osservarle.

L'Ospite in riferimento al Regolamento (UE) 2016/679 GDPR relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, dichia di aver ricevuto l'informativa sui trattamenti dei dati, con le finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati ovvero la loro utilizzazione per fini di diagnosi, cura, prevenzione e riabilitazione, nonché dei soggetti ai quali detti dati potranno essere comunicati e dei diritti riservati al diretto titolare dei dati stessi.

L'Ospite Sig./Sig.ra _____ , compiutamente informato ai sensi degli art. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679

acconsente ☐ non acconsente ☐

al trattamento dei dati personali, comuni e particolari, per le finalità descritte nell'informativa suindicata.

(Firma) …….....

GARANZIE :

II\La sottoscritto\a (cognome nome - indirizzo e recapito telefonico – rapporto di parentela) .....

.....

..... si impegna (si impegnano) a garantire il pagamento della retta a favore di ..... nella misura e nei termini stabiliti dall'Amministrazione.

.....

.....

.....