



# OASI SANT'ANTONIO

## DOMANDA DI AMMISSIONE

*Al Direttore dell'Oasi Sant'Antonio  
Via dei Cipressi - 98023 Furci Siculo (ME)*

Il/la sottoscritto/a: \_\_\_\_\_

Luogo di nascita: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Stato civile: \_\_\_\_\_ Professione: \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cittadinanza: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Cellulare: \_\_\_\_\_

Medico curante: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Libretto/carta sanitaria/a n°: \_\_\_\_\_ esenzione ticket n°: \_\_\_\_\_

### **RICHIEDE**

per sé stesso/a

per il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Luogo di nascita: \_\_\_\_\_ Data di nascita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Stato civile: \_\_\_\_\_ Professione: \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cittadinanza: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Cellulare: \_\_\_\_\_

Medico curante: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Libretto/carta sanitaria/a n°: \_\_\_\_\_ esenzione ticket n°: \_\_\_\_\_

l'ammissione all'Oasi Sant'Antonio – Casa Protetta dal \_\_\_\_\_

l'ammissione temporanea all'Oasi Sant'Antonio – Casa Protetta dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

### **DICHIARA**

- Di aver preso visione ed accettato le norme regolamentari previste dalla Carta dei Servizi
- Di provvedere al pagamento della retta di presenza giornaliera pari ad € .....
- Di provvedere al versamento di una cauzione pari ad € .....

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del richiedente

## DATI DEI FAMILIARI

Cognome e nome	Indirizzo	Telefono	Parentela

Persona a cui fare riferimento in caso di bisogno:

Cognome e nome	Indirizzo	Telefono	Parentela

Firma della persona di riferimento: \_\_\_\_\_

In assenza della persona di riferimento contattare la seguente persona:

Cognome e nome	Indirizzo	Telefono	Parentela

### ***L'ammissione è richiesta:***

- dal richiedente stesso
- dai familiari
- da altra persona o istituzione competente

### ***Motivo del ricovero:***

- problemi nell'ambito sociale
- problemi abitativi
- problemi sanitari
- altro motivo (specificare) \_\_\_\_\_

### ***Provenienza:***

- da Casa di Riposo/Degenza
- da struttura ospedaliera
- da ambito familiare con assistenza domiciliare
- da ambito familiare senza assistenza domiciliare
- da altra struttura
- altro (specificare) \_\_\_\_\_



# OASI SANT'ANTONIO

## FATTURAZIONE

### INTESTAZIONE FATTURA

Nominativo: \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Indirizzo: Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ PR \_\_\_\_\_

### CONSEGNA FATTURA

ritiro presso sede Casa Protetta "Oasi S. Antonio"

spedizione presso:

Nominativo: \_\_\_\_\_

Indirizzo: Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ PR \_\_\_\_\_

### MODALITA' PAGAMENTO

Assegno bancario e/o postale

C/C n. 15744980 intestato a "Comunità e Servizio" Soc. Coop. Sociale

Bonifico bancario da effettuare sul conto corrente bancario n. 300548827 intestato a "Comunità e Servizio" Soc. Coop. Sociale

***ALLA DOMANDA VANNO ALLEGATI I SEGUENTI DOCUMENTI:***

(Ai sensi del D.P.R. del 28.12.2000 n. 445 documenti possono essere allegati anche con autocertificazione)

- ✓ certificato del medico curante redatto su apposito modulo (allegato A)
- ✓ dichiarazione di impegno al pagamento della retta da parte del richiedente (allegato B) o dei familiari (allegato B/1) o del comune di competenza (allegato B/2)
- ✓ accettazione della Carta dei Servizi (allegato C)
- ✓ formula di consenso per il trattamento dei dati sensibili (allegato D)
- ✓ foto formato tessera
- ✓ fotocopia di un valido documento di riconoscimento
- ✓ fotocopia della tessera sanitaria/codice fiscale
- ✓ eventuali esenzioni ticket
- ✓ eventuale riconoscimento invalidità civile
- ✓ eventuali pratiche autorizzate ausili del S.S.N.
- ✓ dichiarazione dei redditi o altro documento equipollente.