



OASI SANT'ANTONIO

DOMANDA DI AMMISSIONE

*Al Direttore dell'Oasi Sant'Antonio
Via dei Cipressi 14/16 - 98023 Furci Siculo (ME)*

Il/la sottoscritto/a: _____

Nato a: _____ il ___/___/___ Codice fiscale: _____

Stato civile: _____ Professione: _____

Residente a: _____ Via _____ n. _____

Cittadinanza: _____

Telefono: _____ Cellulare: _____

Indirizzo mail: _____

Medico curante: _____ Tel.: _____

Libretto/carta sanitaria/a n°: _____ esenzione ticket n°: _____

RICHIEDE

per sé stesso/a

per il Sig./Sig.ra _____

Nato a: _____ il ___/___/___ Codice fiscale: _____

Stato civile: _____ Professione: _____

Residente a: _____ Via _____ n. _____

Cittadinanza: _____

Telefono: _____ Cellulare: _____

Medico curante: _____ Tel.: _____

Libretto/carta sanitaria/a n°: _____ esenzione ticket n°: _____

P'ammissione all'Oasi Sant'Antonio - Casa di Riposo dal _____

P'ammissione temporanea all'Oasi Sant'Antonio - Casa di Riposo dal _____ al _____

DICHIARA

- Di aver preso visione ed accettato le norme regolamentari previste dalla Carta dei Servizi

- Di scegliere in base alla disponibilità e al costo della retta di presenza giornaliera:

camera doppia a tempo indeterminato

camera singola a tempo indeterminato

camera doppia a tempo determinato

camera singola a tempo determinato

_____, 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) _____

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 (allegato B)
- ✓ accettazione della Carta dei Servizi (allegato C)
- ✓ formula di consenso per il trattamento dei dati sensibili (allegato D)
- ✓ fotocopia di un valido documento di riconoscimento
- ✓ fotocopia della tessera sanitaria/codice fiscale
- ✓ eventuali esenzioni ticket
- ✓ eventuale riconoscimento invalidità civile