=============================================================

**Fondazione “Opera Pia Arpili”**

**Residenza Protetta/Casa di riposo**

Viale Diaz, n° 49

63846 **Monte Giberto** (FM)

Tel. 0734-630046

Mail: info@arpili.it Pec: arpili@pcert.postecert.it

**OSPITE SIG.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

DA PRESENTARE PER L’AMMISSIONE DELL’OSPITE IN STRUTTURA:

**BIANCHERIA/INDUMENTI NUMERATA CON NUMERO** ASSEGNATO ALL’OSPITE N. \_\_\_\_\_(apporre il numero su tutti gli indumenti personali/biancheria intima e asciugamani in spugna+telo bagno di colore bianco)

**PORTARE RICEVUTA DI VERSAMENTO DA EFFETTUARE CON BONIFICO (IBAN IT54N 07601 13500 0000 13913637)** **O SU BOLLETTINO DI C.C.P. N° 13913637 INTESTATO ALL’ENTE – SERVIZIO DI TESORERIA** (SULLA CAUSALE: PAGAMENTO RETTA RICOVERO DEL SIG./RA “NOME E COGNOME” + VERSAMENTO DEPOSITO CAUZIONALE): **DEPOSITO CAUZIONALE € \_\_\_\_\_\_ + RETTA DI RICOVERO ASSEGNATA € \_\_\_\_\_\_\_ IN CAMERA doppia,** comprensiva degli interventi di miglioramento del comfort alberghiero e prestazioni extra accreditamento.

**DOCUMENTI** **DA PRESENTARE PER L’INGRESSO** **DELL’OSPITE**

1. certificato rilasciato dal medico di base attestante le patologie dell’ospite
2. attestazione del medico di base della terapia farmacologica in atto con relativa posologia
3. copia di tutta la documentazione sanitaria dell’ospite
4. farmaci in terapia sufficienti per almeno una settimana
5. tessera sanitaria magnetica
6. modulo di esenzione ticket
7. dichiarazione di presa visione del Regolamento interno alla struttura e di sua incondizionata accettazione (su modello della struttura)
8. dichiarazione di un familiare, di un parente o affine o di altra persona che si impegna a sostenere sia gli oneri relativi alla retta di permanenza nella struttura che quelli aggiuntivi, per tutto il periodo di presenza nella residenza protetta/casa di riposo (su modello della struttura)
9. copie del documento di riconoscimento dell’ospite e dei suoi garanti
10. risultato degli esami di laboratorio riguardanti: Markers Epatite B e C (se in possesso)
11. risultato degli esami di laboratorio riguardanti: Markers HIV (se in possesso)
12. fotocopia del verbale della visita collegiale per il riconoscimento di invalidità civile e/o accompagno
13. fotocopia del verbale rilasciato dal Tribunale/Pretura in caso di inabilitazione e/o interdizione dell’ospite o nomina dell’amministratore di sostegno (se individuato)
14. dichiarazione di consenso al trattamento come richiesto dalla legge sulla riservatezza dei dati personali (D.L.vo 196/2003) (su modello della struttura)
15. se già in uso e in possesso: portare ausili per l’incontinenza e fotocopia dell’autorizzazione per la consegna degli stessi presso struttura
16. certificazione vaccinale COVID-19 di tutte le dosi effettuate
17. referto tampone ANTIGENICO effettuato nelle 48 ore precedenti l’ammissione, se proveniente dal domicilio

DOCUMENTIospiti.2023.doc