

Oggetto: **DOMANDA DI ACCOGLIMENTO NELL'A.P.S.P. "PICCOLO SPEDALE"**

Spett.le
A.P.S.P. "Piccolo Spedale"
Via Battaglion Feltre 19
38050 PIEVE TESINO TN

Il sottoscritto _____ residente a _____ via
_____ n° _____ con la presente

CHIEDE

che il signor/la signora _____ nato/a il _____ a
_____ e residente a _____ in via _____
venga ospitato/a presso codesta istituzione.

A tal fine dichiara di accettare:

- le norme vigenti che regolano la vita interna dell'A.P.S.P "Piccolo Spedale";
- le norme che saranno stabilite dai competenti Organi dell'Amministrazione;
- la possibilità di trasferimento dell'ospite tra i vari reparti o stanze a seguito di eventuali mutate esigenze assistenziali degli ospiti;
- il divieto assoluto di conservare e gestire in autonomia farmaci.

Pertanto allega i seguenti documenti:

1. Atto di impegnativa per il pagamento delle rette da parte di un parente.
2. Quadro clinico compilato dal medico curante.
3. Copia della cartella clinica (se vi sono stati ricoveri ospedalieri).

A ricovero autorizzato si riserva di presentare:

- a. Tessera per l'assistenza sanitaria
- b. Eventuale certificazione di invalidità o richiesta di riconoscimento dell'invalidità;
- c. Carta d'identità;
- d. Biancheria personale contrassegnata con la sigla personale.

Recapito per comunicazioni:

_____ tel. _____
_____ tel. _____
_____ tel. _____

MODALITA' DI PAGAMENTO DELLA RETTA:

- Addebito sul c/c bancario: _____
- Invio fattura al seguente indirizzo: _____

Data _____

IL RICHIEDENTE
