

**IPAB - CASA DI RIPOSO LASCITO "ING. G. DESTEFANIS" – R.A./R.A.F.**

Via Destefanis n. 68

10070 FRONT TO

Tel. 011/92.51.544 TeleFax 011/92.51.737

mail [cdrdestefanis@libero.it](mailto:cdrdestefanis@libero.it)

**CONTRATTO DI OSPITALITA'**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

**CHIEDE DI ESSERE INSERITO**

Segnalando come parente di riferimento/amministratore/curatore/tutore/servizio sociale\*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

\*In caso di autorità, servizi sociali, esterni, ecc. fornire precise indicazioni relative alla gestione delle competenze proprie e/o della Struttura, relative a disposizioni di legge, regolamenti, ecc.

Consapevole che la retta giornaliera stabilita è pari ad euro \_\_\_\_\_, di cui il 50% a carico dell'utente corrispondente ad euro \_\_\_\_\_, ed il restante 50% sarà a carico, per la quota sanitaria, della competente ASL, la stessa potrà disporre adeguamenti tariffari annualmente.

La retta dovrà essere versata al termine del mese di fruizione, per gli effettivi giorni di permanenza.

Il servizio di fornitura farmaci è gratuito, restano a pagamento le medicine non esenti (il rimborso deve essere effettuato entro il mese successivo alla Farmacia in servizio).

Il personale qualificato O.S.S. è in servizio 24 ore al giorno, presenza infermieristica sui 7 giorni settimanali, medici di base su rotazione presenti 5 giorni a settimana, servizio di cucina interna, lavaggio biancheria personale Ospiti esterna, fornitura biancheria piana, servizi amministrativi, fornitura bevande fuori pasto (the, tisane e camomilla), animazione e fisioterapista.

Tutta la biancheria deve essere contraddistinta da numero personale da applicare ai capi. NUM. \_\_\_\_\_

Documenti consegnati all'atto della presentazione della domanda:

- Carta d'identità, libretto sanitario;
- Documentazione clinica e sanitaria in possesso;
- Verbale invalidità, verbale visita commissione geriatrica, esenzione farmaci.

Pagamento retta su c/c IBAN IT 76 C 05608 30850 000 000 080 100 (Banca Popolare di Novara agenzia di Rivara).

Data di inserimento \_\_\_\_\_

Per accettazione L'Ospite o chi delegato \_\_\_\_\_

Il Responsabile di Struttura \_\_\_\_\_