

# ACCOGLIENZA E INSERIMENTO PRESSO LA CASA DI SOGGIORNO

Data di emissione: 31.03.2024

Approvazione

Spettabile

Azienda Pubblica di Servizi alla Persona  
Levico CURAE  
Via Cavour, n. 65  
38056 – Levico Terme (TN)

## OGGETTO: Domanda di ingresso ABITARE ACCOMPAGNATO (ex Casa Soggiorno)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

### c h i e d e

di entrare a tempo indeterminato / determinato dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ in ABITARE  
ACCOMPAGNATO (ex Casa Soggiorno) presso il Centro Polifunzionale di Servizi per Anziani di Levico  
Terme, in Via Casotte, n. 2, per i seguenti motivi:

---

---

---

### A tal fine dichiara:

- di essere autosufficiente e comunque in grado di svolgere le attività della vita quotidiana; (\*)
- di essere affetto dalle patologie e/o dai disturbi della salute indicati nell'allegato certificato medico; (\*)
- di gestire ed assumere in maniera autonoma eventuali farmaci in uso;
- di provenire da \_\_\_\_\_ (domicilio, ospedale,  
altro Ente, altra provenienza (specificare));
- di aver preso visione del Regolamento interno della Casa di soggiorno (rev. \_\_) e di accettare le norme vigenti che regolano la vita interna e l'organizzazione dei servizi;
- di essere a conoscenza che l'insorgenza dell'eventuale stato di non autosufficienza preclude la possibilità di permanenza in ABITARE ACCOMPAGNATO (ex Casa Soggiorno);

## ACCOGLIENZA E INSERIMENTO PRESSO LA CASA DI SOGGIORNO

di impegnarsi al pagamento regolare della tariffa mensile fissata annualmente dal Consiglio di Amministrazione dell'Azienda.

di impegnarsi a presentare, prima dell'ingresso, a titolo di garanzia per la regolarità del pagamento della tariffa mensile, \_\_\_\_\_

(°)

**Dichiara inoltre:**

- che il proprio medico curante è il Dott. \_\_\_\_\_
- che il proprio codice fiscale è LLLLLL LLLL LLLL LLLL
- che il proprio numero di telefono è \_\_\_\_\_
- il nominativo della persona per eventuali comunicazioni è:

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Rapporto (°) \_\_\_\_\_

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

Via / n. \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_

(°) grado di parentela – persona di fiducia

- di accettare una eventuale visita domiciliare per l'effettuazione di un colloquio conoscitivo prima dell'ingresso.

**Allega:**

- copia della carta d'identità
- consenso per il trattamento dei dati sensibili PQ.AIN.RASSGER.01.07

\_\_\_\_\_ Data

\_\_\_\_\_ firma

(\*) Allegare certificato medico redatto dal medico curante.

(°) Fideiussione bancaria annuale oppure impegnativa di garanzia sottoscritta da una delle persone obbligate ai sensi del C.C.

**ACCOGLIENZA E INSERIMENTO  
PRESSO  
LA CASA DI SOGGIORNO**

**SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO**

<b>Valutazione effettuata in data</b>	
<b>Esito della valutazione</b>	
<b>Equipe di valutazione</b>	
<b>Data di ingresso</b>	
<b>Data di uscita</b>	
<b>Motivo dell'uscita</b>	

**Note:**