

**FONDAZIONE
OSPEDALE CIVICO S. CAMILLO DE' LELLIS E.T.S.
VIA XXIV MAGGIO N. 3
12025 DRONERO
Tel. 0171/918122 – fax 0171/904213
e-mail segreteria@ospedaledronero.it
Cod. AMM 11 Rev. 17**

DOMANDA DI AMMISSIONE IN POSTI NON CONVENZIONATI

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il
_____ residente a _____
Via _____

CHIEDE

L'ammissione presso la Fondazione Ospedale Civico S. Camillo De' Lellis di Dronero E.T.S. nei posti non convenzionati.

Allega alla presente:

- copia tessera di iscrizione al S.S.N. / Codice Fiscale
- fotocopia documento di identità;
- eventuale verbale di invalidità;
- modulo di esenzione;
- certificazione vaccinazioni;
- fotocopia documento di identità del familiare responsabile

Il/la sottoscritto/a si impegna:

- ad autorizzare questo Ente, in caso di necessità ovvero, per tutte le volte che si ritenesse necessario al fine di assicurare adeguata assistenza, alla chiamata del medico Dott. _____ e provvedere ad eventuali spese per l'acquisto di medicinali,
- ad effettuare il pagamento mensile della retta che corrisponde a:
 - alta intensità: € 86,00 giornalieri per tutti i reparti;
 - media intensità: € 82,00 giornalieri per tutti i reparti;
 - bassa intensità: € 82,00 giornalieri per tutti i reparti;
- In caso di esclusiva disponibilità di camera singola, al pagamento dell'extra-retta fissata in € 5,00 (giornalieri);
- anticipatamente entro il giorno 10 di ogni mese, e ad accettare sin da ora eventuali aggiornamenti che in futuro si rendessero necessari a seguito di richiesta scritta di Codesta Fondazione.

Prende inoltre atto che per i giorni di eventuale assenza dalla struttura (es. per ricovero ospedaliero) con contestuale richiesta di mantenimento del posto letto saranno comunque tenuti al pagamento della retta stabilita.

L'Amministrazione si riserva ampia facoltà di procedere a qualsiasi spostamento di camera o posto letto, qualora esigenze di servizio lo rendano necessario.

L'Amministrazione ricorda che al fine di ottenere l'inserimento nei posti convenzionati occorre presentare domanda presso i Servizi Socio Assistenziali dell'A.S.L. CN 1 di Cuneo e di essere inserito/a nella relativa graduatoria.

Dronero, lì _____

(La Direzione)

PER PRESA VISIONE E ACCETTAZIONE DI QUANTO SOPRA:

L'OSPITE _____

IL FAMILIARE RESPONSABILE _____

NUMERO TELEFONICO: _____

DATA 1^ COMUNICAZIONE DISPONIBILITA' _____

NOTE:

EMISSIONE _____

DATA 2^ COMUNICAZIONE DISPONIBILITA' _____

NOTE:

EMISSIONE _____

☐ Ospite non interessato

☐ Ospite inserito in data _____ piano _____ nucleo _____

FIRMA _____