



**Azienda Pubblica di Servizi alla Persona
GIACOMO CIS**

Via G. Falcone e P. Borsellino n. 6 - 38067 LEDRO (TN) - Tel: 0464/591042 - Fax: 0464/591414

Codice Fiscale 84000620223 - Partita I.V.A. 00951530229

E-mail: segreteria@apspgiacomocis.it Internet: www.apspgiacomocis.it

**RICHIESTA DATI PER INSERIMENTO SU POSTO "CASA DI SOGGIORNO"
(PER UTENTI AUTOSUFFICIENTI) SU POSTO A PAGAMENTO**

Referenze ospite

Cognome _____ Nome _____
Data di nascita _____ Luogo di nascita _____
Residenza: Via _____ Comune _____
Codice Fiscale _____

Notizie sulla situazione familiare:

- ☐ vive solo/a;
☐ vive in famiglia con _____;
☐ è ospite/ricoverato presso _____.

Notizie sulla situazione economica:

Le entrate mensili del richiedente sono:

- pensione _____ €. _____
- accompagnamento _____ €. _____
- altri redditi _____ €. _____

Documentazione da allegare alla presente:

- ✓ Copia fronte e retro di un documento di identità (indicare la tipologia)
tipo _____ n. _____
✓ Copia fronte e retro della tessera TEAM di assistenza sanitaria (blu)
n. _____ data di scadenza _____
✓ Verbale accertamento di invalidità oppure copia della domanda in corso
✓ Eventuale dichiarazione sostitutiva per esenzione ticket
✓ Relazione sanitaria redatta dal medico curante.

Firma del richiedente _____
o di chi per esso _____

Data _____

PERSONE DI RIFERIMENTO

1. Grado di parentela _____
Cognome e nome _____
Indirizzo _____
Recapiti telefonici _____
e-mail _____
2. Grado di parentela _____
Cognome e nome _____
Indirizzo _____
Recapiti telefonici _____
e-mail _____
3. Grado di parentela _____
Cognome e nome _____
Indirizzo _____
Recapiti telefonici _____
e-mail _____
4. Grado di parentela _____
Cognome e nome _____
Indirizzo _____
Recapiti telefonici _____
e-mail _____

IMPEGNATIVA DI PAGAMENTO

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di _____

SI IMPEGNA A PAGARE LE RETTE CORRENTI DEL/LA SIG./RA

_____ accettando le rette deliberate dal
Consiglio di Amministrazione anno per anno come da comunicazione consegnata.

Ulteriormente si impegna a pagare la quota giornaliera prevista anche per ogni giorno di ritardato accesso rispetto alla data di disponibilità del posto e le penali previste in caso di disdetta del posto entro i 10 gg prima della data prevista per l'ingresso oppure nel caso di auto dimissione prima del termine programmato.

Il pagamento dovrà essere effettuato presso il tesoriere dell'Ente – "Cassa Centrale Casse Rurali Trentine" Trento – IBAN IT79 I 03599 01800 000000130555 o con bollettino PagoPA.

Il mancato pagamento senza giustificazione comporta il recupero del credito maturato, oltre agli oneri accessori secondo le modalità previste dalla legge.

In fede.

Luogo e data, _____

Firma _____