

AL CENTRO ANZIANI "E. TOLAZZI"
VIA GIORGIO ERMOLLI, 28
33015 MOGGIO UDINESE

Tel. Struttura 0433 - 51358
Fax struttura 0433 - 550507
Tel. Ufficio 0433 - 51999
Fax Ufficio 0433 - 550507

Il/la sottoscritto/a _____ Nato/a il _____

a _____ Residente a _____

In Via _____ n. _____

Il/la sottoscritto/a _____ Nato/a il _____

a _____ Residente a _____

In Via _____ n. _____

CHIEDONO

L'ammissione presso la struttura del Sig _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ In Via _____

Ed attualmente ricoverato/a c/o _____

Codice fiscale _____ Telefono _____

Tessera sanitaria (C.R.A.) _____ Medico curante _____

impegnandosi a corrispondere la retta richiesta.

DICHIARANO

Di essere a conoscenza che la retta per l'anno 2011 è la seguente:

		RETTA al netto del Contributo Regionale	RETTA al lordo del Contributo Regionale
I° GRADO	punteggio B.I.N.A. < 220 punti senza verbale d'invalidità	€ 38,65	€ 38,65
II° GRADO	punteggio B.I.N.A. ≥ 220 punti senza verbale d'invalidità	€ 44,40	€ 61,00
III° GRADO	con verbale d'invalidità senza indennità di accompagnamento	€ 45,95	€ 62,55
IV° GRADO	con verbale d'invalidità e indennità di accompagnamento	€ 48,00	€ 64,60

A tal fine dichiarano che l'interessato è titolare di.

PENSIONE, LIBRETTO N.
(di cui si allegano fotocopie)

€ ANNUALI/MENSILI

PENSIONE, LIBRETTO N.
(di cui si allegano fotocopie)

€ ANNUALI/MENSILI

PENSIONE, LIBRETTO N.
(di cui si allegano fotocopie)

€ ANNUALI/MENSILI

ALTRI REDDITI O PROPRIETA'

(ALLEGARE, SE IN POSSESSO, VERBALE COMPROVANTE LO STATO DI INVALIDITA')

_____ ,li _____

(firma)

(firma)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I sottoscritti dichiarano, inoltre, di essere informati, ai sensi e per gli effetti di cui al Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 e successive modifiche ed integrazioni che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente per la gestione degli adempimenti relativi al procedimento per cui si rilascia la presente dichiarazione.

Data

Firma

Firma

IMPEGNATIVA AL PAGAMENTO DELLE RETTE DI RICOVERO

Il/la sottoscritto/a _____ Nato/a il _____

a _____ Residente a _____

In Via _____ n. _____

Codice fiscale _____ Telefono _____

Nella qualità di _____

Il/la sottoscritto/a _____ Nato/a il _____

a _____ Residente a _____

In Via _____ n. _____

Codice fiscale _____ Telefono _____

Nella qualità di _____

Del richiedente sig. _____

con la presente, si impegnano all'integrazione del pagamento, nei termini previsti dal Regolamento del Centro Anziani "Ettore Tolazzi" di Moggio Udinese, della retta giornaliera, qualora i redditi del richiedente non fossero sufficienti, garantendo l'obbligazione con i propri redditi e beni mobili ed immobili.

_____, li _____

IN FEDE

IN FEDE

Inoltre il/la/i Signor/a/i..... si impegna/no,
alla data di accettazione all'ingresso, al pagamento di una cauzione infruttifera pari a una mensilità in vigore
all'atto dell'ingresso, mediante versamento presso la tesoreria comunale - Banca Popolare Friuladria - Filiale di
Moggio Udinese IT65 A 05336 63970 000035266651. La quietanza sarà intestata al garante dei pagamenti, con
l'indicazione, nella descrizione, del nome dell'ospite.

IN FEDE

IN FEDE
