

**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 - 550619

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_\_

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

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Nato/a il \_\_\_\_\_

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

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDONO**

L'ammissione presso la struttura del Signor/della Signora

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.



I documenti necessari da allegare al momento della presentazione della domanda sono:

- ✓ fotocopia valido documento di identità (sia della persona richiedente, sia del firmatario della domanda);
- ✓ fotocopia carta sanità regionale (tessera magnetica);
- ✓ fotocopia del codice fiscale del firmatario della domanda;
- ✓ fotocopia tessera sanitaria cartacea;
- ✓ fotocopia verbale invalidità se in possesso;
- ✓ fotocopia libretto pensione, Mod. 730 o CUD;

## **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.

\_\_\_\_\_,li \_\_\_\_\_

IN FEDE

IN FEDE