



# CENTRO ANZIANI "E. TOLAZZI"

Via Giorgio Ermolli n. 28  
33015 MOGGIO UDINESE (UD)

Uffici amministrativi: tel. **0433 51999** fax: 0433 550619  
mail: **centro.anziani@comune.moggioudinese.ud.it**

Struttura sanitaria: tel. 0433 51358 fax: 0433 550507

## DOMANDA DI AMMISSIONE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_ ) e residente a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_, Cap \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
cod. fisc. \_\_\_\_\_, n. telefono \_\_\_\_\_  
indirizzo mail: \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_ ) e residente a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_, Cap \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
cod. fisc. \_\_\_\_\_, n. telefono \_\_\_\_\_  
indirizzo mail: \_\_\_\_\_

## CHIEDONO

l'ammissione presso la struttura del sig./ra \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_, Cap \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
attualmente ricoverato/a presso \_\_\_\_\_  
cod. fisc. \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_  
tessera sanitaria (CRA) \_\_\_\_\_, medico curante \_\_\_\_\_  
e 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), in corso di validità;
- ✓ fotocopia carta sanità regionale (tessera magnetica) attiva;
- ✓ fotocopia tessera sanitaria cartacea;
- ✓ fotocopia verbale invalidità se in possesso;
- ✓ fotocopia pensioni, Mod. 730 o CUD;
- ✓ fotocopia del codice fiscale del firmatario della domanda;
- ✓ fotocopia eventuale atto di nomina a tutore o amministratore di sostegno

Al momento del ricovero dovranno essere consegnati all'Ufficio Amministrativo:

- eventuale richiesta contributo regionale aggiuntivo mod. C + modello ISEE (socio sanitario residenze) in corso di validità;
- originale carta di identità, tessera sanitaria cartacea e magnetica;
- copia della quietanza deposito cauzionale
- eventuale autorizzazione fornitura pannoloni

## IMPEGNATIVA AL PAGAMENTO DELLE RETTE DI RICOVERO

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_ ) e residente a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_, Cap \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
cod. fisc. \_\_\_\_\_, n. telefono \_\_\_\_\_  
nella qualità di \_\_\_\_\_ del richiedente sig./ra \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_ ) e residente a \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_, Cap \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
cod. fisc. \_\_\_\_\_, n. telefono \_\_\_\_\_  
nella qualità di \_\_\_\_\_ del richiedente sig./ra \_\_\_\_\_  
con la presente:

- 1) 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.
- 2) si impegnano, alla data di accettazione all'ingresso, al pagamento di una cauzione infruttifera pari a una mensilità (al lordo del contributo regionale) in vigore all'atto dell'ingresso, mediante versamento presso la Tesoreria Comunale CREDIT AGRICOLE FRIULADRIA Spa - Filiale di Moggio Udinese, Via alla Chiesa, n. 9/A - coordinate IBAN IT 70 A 05336 63970 000035405077.

La quietanza sarà intestata al garante del pagamento con l'indicazione, nella descrizione, del nome dell'ospite.

In fede.

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

Firma \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_