

Fondazione Casa di Riposo e Pensionato per Anziani - Impresa Sociale

prot. \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Possagno (TV), \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Alla c.a. della Direzione della  
Fondazione Casa di Riposo e Pensionato per  
Anziani - Impresa Sociale  
Via Fratelli Forcellini, 1  
31054 Possagno (TV)

**Oggetto: richiesta di ospitalità - raccolta dati personali e informazioni.**

Il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'accoglienza presso la Casa di Riposo e Pensionato per Anziani di Possagno per l'ospitalità  
fissa/temporanea del/della sig./sig.ra \_\_\_\_\_ per motivi  
\_\_\_\_\_  
a partire da \_\_\_\_\_ .

Viene dichiarato che il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ è nato/a a  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ ed è attualmente residente a  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) in \_\_\_\_\_ .

Le condizioni psicofisiche del/della sig./sig.ra sono dichiarate nell'attestazione medica allegata e  
redatta dal medico curante, dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ in data  
\_\_\_\_\_ .

Viene, inoltre, garantito che entro dieci giorni dall'eventuale data di ingresso in Struttura, verranno  
forniti gli esiti degli esami ematici di base del/della sig./sig.ra \_\_\_\_\_, comprensivi  
dei valori *markers* per le malattie infettive (es. HBS AG, AC anti HCV, AC anti HIV, ...).

# Fondazione Casa di Riposo e Pensionato per Anziani - Impresa Sociale

Si allegano:

- carta d'identità in corso di validità
- codice fiscale
- tesserino sanitario (sia cartaceo sia formato tessera magnetico)
- certificato di stato famiglia e stato civile
- decreto di nomina dell'Amministratore di sostegno da parte del Giudice Tutelare
- certificato medico con:
  - patologie dell'Ospite
  - terapia farmacologica con dosi e tempi di somministrazione
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Viene richiesta una stanza con posto letto e (barrare l'opzione richiesta).

- servizi igienici interni
- servizi igienici esterni

Inoltre, viene comunicato che: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e viene richiesto che \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

La richiesta verrà valutata entro il termine di 15 giorni. In caso di mancato accoglimento della richiesta, la documentazione consegnata verrà prontamente restituita e/o eliminata.

Il/La Richiedente

\_\_\_\_\_

La Struttura (per ricevuta)

\_\_\_\_\_