

Riferimento al contratto n. del

Riservato alla Segreteria

INFORMAZIONI UTILI:

.....
.....

ELENCO DEGLI EFFETTI PERSONALI:

1	8
2	9
3	10
4	11
5	12
6	13
7	14

Numero Guida del/la Sig./ra

Riservato all'Ufficio Economato

Il/La Sig./ra

in data odierna ha effettuato:

a) il versamento di Euro

come spese per servizi non compresi nella retta mensile

b) il versamento di Euro

per pensione relativa al periodo dal al

c) il versamento di Euro

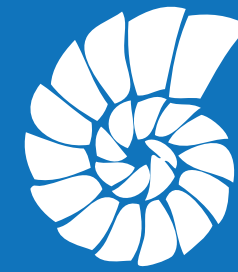
come contributo straordinario relativo alla non autosufficienza dal

al

L'ECONOMO

Data

.....



CPAF

CAPECE s.r.l.

residenza socio sanitaria assistenziale

Via T. Tasso, 23 Nociglia (LE) - tel: 0836.936754/5 - fax: 0836.936857 - e-mail: cpafcapece@libero.it

DOMANDA DI AMMISSIONE

Sig./ra

residente a in Via Tel.

referente Tel.

Medico Curante Tel. Cell.

DOCUMENTI ALLEGATI:

- Situazione di famiglia sì no
- Certificato medico dell'Ufficiale sanitario attestante l'assenza di stati patologici e malattie infettive e diffuse in atto sì no
- Copia del modello O bis M del certificato di pensione relativo all'anno in corso sì no
- Copia della dichiarazione dei redditi (Mod. 740) sì no

Numero guida

DOMANDA DI AMMISSIONE DELL'INTERESSATO

Il/La Sottoscritto/a

nato/a a

residente a in Via

CHIEDE

il proprio personale ricovero in codesta Casa per Anziani Capece.

DICHIARA

di essere a conoscenza delle condizioni di accettazione presso la stessa Casa ed in modo specifico di tutto il Regolamento Interno.

SI IMPEGNA

a corrispondere regolarmente la retta stabilita secondo le direttive contrattuali dell'Amministrazione e dell'Unità Geriatrica di Valutazione del centro.

FIRMA

Data

Riservato alla Segreteria

Identificazione del richiedente
.....
.....
.....
Nociglia, li

DOMANDA DI RICOVERO DA PARTE DI TERZI

(da compilare a cura dei parenti che ne fanno domanda)

Il/La Sottoscritto/a

nato/a a

residente a in Via

in qualità di

nell'interesse di

NE CHIEDE IL RICOVERO

presso codesta Casa per Anziani Capece.

Dichiara altresì di:

- essere a conoscenza del Regolamento Interno vigente e di tutte le disposizioni di accettazione e
- permanenza dell'interessato;
- accettare le norme contrattuali allegate.

SI IMPEGNA

infine a corrispondere la retta stabilita secondo le direttive contrattuali dell'Amministrazione e dell'Unità Geriatrica di Valutazione del centro.

FIRMA

Data

Riservato alla Segreteria

Identificazione del richiedente
.....
.....
.....
Nociglia, li