

# OSPITALITÀ C.D.R. CASALE

P.zza Cesare Battisti 1 - 15033 CASALE MONFERRATO

C.F. E P.IVA 00417790060

Tel. 0142 / 332511 centralino Fax 0142 / 696607 Mail [accettazione@cdrcasale.it](mailto:accettazione@cdrcasale.it)

Data di presentazione \_\_\_\_\_

Consegnata da \_\_\_\_\_

**DATA INGRESSO** \_\_\_\_\_ **PRESSO** \_\_\_\_\_ **COD.MATR.** \_\_\_\_\_

## SCHEDA AMMINISTRATIVO – SANITARIA NUCLEI ASSISTITI

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ CODICE ESENZ.TICKET \_\_\_\_\_

PATERNITA' \_\_\_\_\_ MATERNITA' \_\_\_\_\_

STATO CIVILE \_\_\_\_\_ COGNOME E NOME CONIUGE \_\_\_\_\_

COMUNE DI RESIDENZA \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

ATTUALE DOMICILIO \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_ TITOLO DI STUDIO \_\_\_\_\_

PATENTE AUTO \_\_\_\_\_ TARGA AUTO INTESTATA \_\_\_\_\_

ENTI PENSIONISTICI \_\_\_\_\_ TIPI PENSIONE \_\_\_\_\_

DELEGA alla riscossione \_\_\_\_\_ PRESSO \_\_\_\_\_

INVALIDITA' CIVILE : VERBALE ASL \_\_\_\_\_ IN DATA \_\_\_\_\_ CODICE \_\_\_\_\_

DOMANDA IN CORSO PRESENTATA IN DATA \_\_\_\_\_

DOMANDA DI CONVENZIONE presentata c/o DISTRETTO ASL \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

CAMBIO RESIDENZA SI NO CAMBIO MEDICO SI NO \_\_\_\_\_

TUTORE / CURATORE / AMM. SOSTEGNO \_\_\_\_\_

PARENTI : COGNOME E NOME , RAPPORTO PARENTELA , INDIRIZZO COMPLETO , INDIRIZZO  
POSTA ELETTRONICA , RECAPITO TELEFONICO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il paziente si trova attualmente: \_\_\_\_\_

**DATA DI INGRESSO** \_\_\_\_\_

**NUCLEO ASSISTITO** \_\_\_\_\_

IMPORTO GIORNALIERA / MENSILE € \_\_\_\_\_

QUOTA A FONDO PERDUTO DA VERSARE CON LA 1^ MENSILITA' € \_\_\_\_\_

INTEGRAZIONE ASL  NO  SI versa quota mensile € \_\_\_\_\_

NOTE \_\_\_\_\_

**IMPEGNO PAGAMENTO** SI ASSUME IMPEGNO DI PAGAMENTO DELLA RETTA DI CUI SOPRA ACCETTANDO LE REGOLE DELLA STRUTTURA, IL MENSILE CONCORDATO PER L'ANNO IN CORSO E PER QUANTO IN SEGUITO DELIBERATO DAL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

**TIPOLOGIA DI PAGAMENTO**  CONTANTI PRESSO LO SPORTELLLO DI TESORERIA

BONIFICO BANCARIO BANCA D'APPOGGIO \_\_\_\_\_ FILIALE DI \_\_\_\_\_

E di informare tempestivamente questo Ente nel caso di variazioni.

COGNOME NOME OSPITE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO COMPLETO \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

FIRMA IN SOLIDO PER PAGAMENTO RETTA \_\_\_\_\_

1° COOBLIGATO \_\_\_\_\_

INDIRIZZO COMPLETO \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ GRADO PARENTELA \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_ FIRMA IN SOLIDO PER PAGAMENTO RETTA \_\_\_\_\_

2° COOBLIGATO \_\_\_\_\_

INDIRIZZO COMPLETO \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ GRADO PARENTELA \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_ FIRMA IN SOLIDO PER PAGAMENTO RETTA \_\_\_\_\_

ALLEGATI RICHIESTI PER TUTTI I FIRMATARI : CARTA D'IDENTITA', CODICE FISCALE, CUD/730

Si richiede, per la compilazione, la gentile collaborazione del **MEDICO**

PAZIENTE: NOME E COGNOME: \_\_\_\_\_

Paziente è in grado di firmare:    SI    NO perché \_\_\_\_\_

PRESENTAZIONE ESITI :

- HIV - ANTIGENE AU - HCV - TBC
- esami ematochimici : emocromo, formula leucocitaria, piastrine, glicemia, azotemia, creatinina, GOT, GPT, HBsAg, VDRL, TPHA
- Esame completo urine.
- **RX torace – prevenzione TBC, secondo le linee guida Regione Piemonte , protocollo Ospiti istituzionalizzati ( in mancanza di tale esame, DICHIARAZIONE SPECIFICA DEL MEDICO)**

Andrà inoltre allegata tutta la documentazione sanitaria relativa ad eventuali pregressi e recenti ESAMI CLINICI eseguiti ambulatoriamente o durante ricoveri ospedalieri (per es.: radiografie, esami del sangue e delle urine, referti di visite specialistiche, fotocopie di cartelle cliniche ospedaliere, lettere di dimissione, etc.).

**DA COMPILARSI SEMPRE**                      ANAMNESI

CON PARTICOLARE RIFERIMENTO A PATOLOGIE CHE POSSANO COSTITUIRE RISCHIO ALLA VITA IN COMUNITA' \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

SCALA DI NORTON

<b>Condizioni generali :</b>  livelli di assistenza richiesti per le ADL (capacità di fare il bagno, di vestirsi, di usare i servizi igienici, mobilità, continenza, alimentazione)	Buone : abile ad eseguire autonomamente tutte le ADL	4
	Discrete : necessita di assistenza per alcune ADL (max due)	3
	Scadenti : richiede assistenza per più ADL (più di due)	2
	Pessime : totalmente dipendente per tutte le ADL	1
<b>Stato Mentale :</b>  capacità di rispondere alle domande verbali relative al tempo, spazio e persone in modo soddisfacente e veloce.	Lucido : orientato nel tempo e nello spazio, risposta rapida.	4
	Apatico : orientato nel tempo, nello spazio e nelle persone, con una ripetizione della domanda (non legata all'ipoacusia).	3

	Confuso : parzialmente orientato nel tempo, nello spazio e nelle persone. La risposta può essere rapida.	2
	Stuporoso : totalmente disorientato. La risposta può essere lenta o rapida. Il paziente potrebbe essere in stato comatoso.	1
<b>Deambulazione :</b> distanza e dipendenza nella deambulazione.	Normale : deambula fino a quando è affaticato. Cammina da solo o con l'uso di presidei (es. bastone).	4
	Cammina con aiuto : deambula fino a quando è affaticato. Richiede l'assistenza di una persona per deambulare. Può usare anche un presidio.	3
	Costretto su sedia : si muove soltanto con sedia a rotelle	2
	Costretto a letto : confinato a letto per 24 ore.	1
<b>Mobilità :</b> quantità e movimento di una parte del corpo.	Piena : può muovere o controllare le estremità come vuole. Con o senza presidi.	4
	Moderatamente limitata : può muovere o controllare le estremità con una minima assistenza da parte di un'altra persona. Con o senza presidi.	3
	Molto limitata : limitata indipendenza ai movimenti e al controllo delle estremità. Richiede una maggiore assistenza da parte di un'altra persona. Con o senza presidi.	2
	Immobile :	1
<b>Incontinenza</b>	Nessuna	4
	Occasionale	3
	Abituale Urinaria	2
	Abituale Urinaria e fecale	1

#### EVENTUALI PREGRESSI RICOVERI PRESSO OSPEDALI ( REPARTI ) PSICHIATRICI

NO       SI, remoti       SI, recenti

In caso affermativo, specificare diagnosi alla dimissione e terapia consigliata

---

---

**VISTA**

Normale

Diminuita

Cecità

Peso Kg

**UDITO**

Normale

Diminuito

Sordità

Altezza cm.

**LINGUAGGIO**

Normale

Alterato

Se alterato, specificare

**STATO METABOLICO NUTRIZIONALE**

Soddisfacente

In equilibrio farmacologico

Scompensato

Eventuali

precisazioni \_\_\_\_\_

**COMPENSO CARDIO-CIRCOLATORIO**

Nella norma

In equilibrio farmacologico

Soddisfacente

Scompensato

Eventuali

precisazioni \_\_\_\_\_

**CONDIZIONI RESPIRATORIE**

: \_\_\_\_\_

Eventuali

precisazioni \_\_\_\_\_

**CONDIZIONI PSICHICHE**

Fasi di confusione e disorientamento

Persistente disorientamento spazio-temporale

Fasi di agitazione psico-motoria

Inversione del ritmo sonno-veglia

Altro \_\_\_\_\_

**ATTUALMENTE E' IN TRATTAMENTO FARMACOLOGICO CON:**

---

---

---

---

**EVENTUALI ALTRE NOTIZIE, SEGNALAZIONI, SUGGERIMENTI:**

---

---

---

---

Data \_\_\_\_\_

**TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE**

---

## SPAZIO RISERVATO

### **CONSULTO INFERMIERISTICO**

**Presa visione** della documentazione sanitaria allegata; si ritiene che, **alla data odierna**, sotto l'aspetto infermieristico, l'Ospite rientra nei parametri di anziano **non autosufficiente**.

**NOTE AGGIUNTIVE** si conferma il peso pari ad kg \_\_\_\_\_

**Data e firma leggibile I.P.** \_\_\_\_\_

**CONSULTO PSICOLOGICO (se necessario)**

**DOTT.SSA SIMONA PANELLI**

**Data e firma** \_\_\_\_\_

**RESPONSABILE DI STRUTTURA**

**DOTT. PAOLO F. BARBANO**

**RESPONSABILE SANITARIO**

**DOTT. DANIELE CAMPISI**

Vista la documentazione prodotta, si esprime parere

FAVOREVOLE                      CONTRARIO                      IN PROVA SINO AL \_\_\_\_\_

all'accettazione del/la Sig./ra \_\_\_\_\_

### **QUALE OSPITE NON CONVENZIONATO**

presso codesto Istituto nel reparto \_\_\_\_\_ in **via transitoria**, in attesa di destinazione definitiva e/o convenzione in altro reparto, secondo quanto stabilito dalla competente UVG e/o dalle mutate condizioni sanitarie. Destinazione alla quale è inderogabilmente necessario adeguarsi, salvo rinuncia scritta del posto.

Data: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL RESPONSABILE

\_\_\_\_\_

**Titolare del trattamento  
 Casa di Riposo e di Ricovero**  
Piazza Battisti, 1 – 15033, Casale Monferrato (AL)  
Tel. 0142/332511 Fax. 0142/76359  
Cod. Fiscale e P.IVA: 00417790060  
proveditorato@cdrcasale.it

**COME UTILIZZIAMO I SUOI DATI**

(art. 13 del Decreto Lgs. 196/2013 e artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679)

Gentili Ospiti,  
desideriamo fornire alcune necessarie informazioni circa le modalità e finalità relative al trattamento dei vostri dati personali.

**1. Natura e conferimento dei dati**

Il conferimento dei dati personali a CDR di Casale Monf.to è un adempimento indispensabile per l'esecuzione del contratto/mandato. Ove pertanto voi rifiutate di fornire i dati necessari, il contratto/mandato non potrà avere corso o si intenderà immediatamente risolto per vostro fatto e colpa.

**2. Finalità del trattamento**

Vi comuniciamo che i vostri dati personali verranno conservati per un tempo massimo di anni 10 e saranno utilizzati per le seguenti finalità del trattamento:

- Fatturazione attiva
- Fatturazione passiva
- Gestione contabilità
- Controllo di Gestione
- Gestione area Medico - Sanitaria

connesse all'attuazione di adempimenti relativi ad obblighi legislativi o contrattuali:

- L'interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali per specifiche finalità
- Trattamento per l'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o misure precontrattuali
- L'interessato ha prestato consenso esplicito al trattamento dei dati personali per specifiche finalità

Il Titolare del trattamento CDR di Casale tratterà i vostri dati personali soltanto nella misura in cui siano indispensabili in relazione all'obiettivo delle finalità di cui sopra, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali e conformemente alle disposizioni di cui alle autorizzazioni generali dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali.

**3. Modalità del trattamento**

I dati personali dell'interessato, in particolare:

- Nominativo, Codice Fiscale, P.IVA, recapiti, e-mail, credenziali, altri elementi identificativi
- Dati economici e finanziari
- Riferimenti bancari
- Dati relativi alla situazione familiare
- Dati relativi al lavoro
- Dati relativi alla salute
- Dati relativi all'istruzione
- Registrazione filmati Videosorveglianza
- Immagini saranno trattati con un livello di sicurezza assai elevato. Sono implementate tutte le misure di tutela indicate dalla normativa sulla protezione dei dati personali e dalla normativa applicabile nonché quelle determinate da Titolare del trattamento. In particolare, i vostri dati saranno trattati per mezzo di:
  - Dispositivo tecnologico, 12 x Pc Desktop per Gestione Amministrativa
  - Dispositivo tecnologico, 9 x Pc Desktop per Gestione Socio/Sanitaria
  - Dispositivo tecnologico, Server di Backup

**4. Comunicazione e trasferimento dei dati**

I dati raccolti dal Titolare del trattamento potranno essere comunicati, oltre a quelli sopra indicati, anche:

- Alle categorie di soggetti per cui la comunicazione è strettamente necessaria, funzionale e compatibile con la base giuridica che regola il trattamento dei suoi dati:
  - o Sistema Tessera Sanitaria
  - o Società assicuratrici
  - o ASL, ATS, ASP
  - o Medico Competente



o Direttore Sanitario

o Comune

o Regione

o Provincia

o Professionisti esterni alla nostra organizzazione, laddove la comunicazione sia indispensabile per lo assolvimento del mandato da voi affidato (es. notai, commercialisti, società di revisione contabile, consulenti del lavoro).

Nell'ambito del trattamento effettuato dai soggetti sopra descritti i vostri dati non saranno trasferiti verso paesi terzi. Se strettamente necessario alle finalità di cui sopra, il trattamento può avere, inoltre, ad oggetto le immagini dell'Interessato (fotografie, riprese-video, riprese audio-video, ...). Il trattamento di tali immagini avverrà nel rispetto delle disposizioni di legge, garantendo in tutti i casi in cui ciò sia possibile l'anonimato dell'Interessato tramite l'oscuramento dei tratti somatici. Per il trattamento delle immagini, è richiesto all'Interessato uno specifico consenso, anche ai sensi delle disposizioni di legge sul diritto d'autore, considerato che, sia pure in casi particolari, anche immagini relative a persone il cui viso è stato oscurato possono consentirne l'identificazione.

## 5. Processo decisionale automatizzato e profilazione

Il trattamento dei vostri dati non avviene:

- con l'ausilio di processi decisionali automatizzati
- con l'utilizzo di tecniche di profilazione

## 6. Diritti dell'interessato

Nella vostra qualità di Interessati, i soggetti godono dei diritti di cui alla sezione 2, 3 e 4 del capo III del Regolamento (UE) 2016/679 (es. chiedere al Titolare del trattamento: l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi; la limitazione del trattamento che vi riguardano; di opporsi al loro trattamento). L'Interessato ha in particolare il diritto di:

- ottenere dal titolare del trattamento la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano e, in tal caso, di ottenere l'accesso ai dati personali e alle informazioni previste dall'art. 15 del regolamento UE n. 679 del 2016;
- ottenere dal titolare del trattamento la rettifica dei dati personali inesatti che lo riguardano;
- ottenere la cancellazione dei dati personali che lo riguardano laddove questi non siano più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati, ovvero laddove ricorrano a ulteriori condizioni di cui all'art. 17 regolamento UE n. 679/2016 e sempre che non ricorrano le condizioni di cui all'art. 17, paragrafo 3, regolamento UE n. 679/2016;
- ottenere dal titolare la limitazione del trattamento quando: a) l'interessato contesti l'esattezza dei dati personali, per il periodo necessario al titolare del trattamento per verificare l'esattezza di tali dati personali; b) il trattamento risulti illecito ma l'interessato stesso si opponga alla cancellazione e chieda invece l'applicazione di misure di limitazione oppure chieda che il trattamento degli stessi avvenga per l'accertamento o difesa di un suo diritto in sede giudiziaria;
- ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali che lo riguardano; nel caso dell'esercizio di tale diritto sarà facoltà dell'interessato chiedere che il titolare del trattamento trasmetta i suddetti dati direttamente ad un altro responsabile del trattamento;
- opporsi al trattamento dei dati personali che lo riguardano nel caso in cui ricorrano le condizioni dell'Art. 21 regolamento UE n. 679/2016, paragrafo 2.
- proporre reclamo a un'autorità di controllo. In merito all'esercizio di tali diritti, l'Interessato può rivolgersi a:  
Casa di Riposo e di Ricovero, Piazza Battisti, 1 – 15033, Casale Monferrato (AL) - Tel. 0142/332511 Fax. 0142/696607

[provveditorato@cdrcasale.it](mailto:provveditorato@cdrcasale.it)

## 7. Conservazione dei dati

I dati personali che voi ci fornirete saranno conservati a fini di esecuzione del servizio pattuito e verranno conservati per il tempo necessario all'espletamento dello stesso. La conservazione potrà avvenire mediante:  
- memorizzazione all'interno dei sistemi hardware del titolare del trattamento o di suoi responsabili;

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (firma per presa visione informativa)

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
1. dichiara di aver ricevuto l'Informativa e autorizza il relativo trattamento per le finalità ivi indicate  
2. con riferimento all'Informativa in materia di protezione dei dati personali

presta il consenso

non presta il consenso

per la finalità Fatturazione attiva (Preventivi, Contratti, Ordini, DDT, Mandati, Avvisi di parcella, Fatture).

presta il consenso

non presta il consenso

per la finalità Marketing diretto.

presta il consenso

non presta il consenso

per la finalità Eventi di marketing e di formazione professionale, sul territorio e via web.

Firma dell'interessato (firma leggibile per esteso)

---

Definizioni che aiutano a comprendere l'attività svolta dal nostro studio/impresa e le relazioni tra essa e i dati che ci ha fornito. È dunque opportuno che lei sappia che ai sensi dell'art. 4 regolamento UE n. 679 del 2016 si intende per:

- **dato personale:** qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile («interessato»); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale;
- **particolari categorie di dati (o dati sensibili):** dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché trattare dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona;
- **trattamento:** qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione;
- **titolare del trattamento:** la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che, singolarmente o insieme ad altri, determina le finalità e i mezzi del trattamento di dati personali; quando le finalità e i mezzi di tale trattamento sono determinati dal diritto dell'Unione o degli Stati membri, il titolare del trattamento o i criteri specifici applicabili alla sua designazione possono essere stabiliti dal diritto dell'Unione o degli Stati membri;
- **responsabile del trattamento:** la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che tratta dati personali per conto del titolare del trattamento;
- **profilazione:** qualsiasi forma di trattamento automatizzato di dati personali consistente nell'utilizzo di tali dati personali per valutare determinati aspetti personali relativi a una persona fisica, in particolare per analizzare o prevedere aspetti riguardanti il rendimento professionale, la situazione economica, la salute, le preferenze personali, gli interessi, l'affidabilità, il comportamento, l'ubicazione o gli spostamenti di detta persona fisica;
- **pseudonimizzazione:** il trattamento dei dati personali in modo tale che i dati personali non possano più essere attribuiti a un interessato specifico senza l'utilizzo di informazioni aggiuntive, a condizione che tali informazioni aggiuntive siano conservate separatamente e soggette a misure tecniche e organizzative intese a garantire che tali dati personali non siano attribuiti a una persona fisica identificata o identificabile;
- **effettuazione con macchina fotografica, videocamera o altro strumento, nell'ambito delle attività quotidiane o ludiche e in momenti di incontro conviviale previste dal servizio- e la loro comunicazione all'interno del servizio stesso(a titolo esemplificativo e non esaustivo: inserita in documentazione interna, fotografie e video consegnati come ricordo delle attività alle famiglie, etc) e che il materiale fotografico e video, informa gratuita, possa essere raccolto, archiviato ed eventualmente diffuso all'esterno, compresa l'esposizione all'interno della Struttura e per iniziative di formazione, di animazione e promozione aziendale, attraverso emittenti televisive, giornali, radio, siti internet, manifesti, etc.**

## ALLEGATO ALLA DOMANDA AMMINISTRATIVO-SANITARIA

- OGGETTI E VALORI PERSONALI: l'Azienda non risponde degli oggetti personali di valore e delle somme di denaro trattenute in reparto dagli Ospiti.
- ASSEGNAZIONE POSTO LETTO: si precisa che il reparto assegnato all'Ospite al momento dell'ingresso in struttura, potrà non essere definitivo così anche per la camera e il letto. L'Ospite verrà valutato periodicamente e conseguentemente inserito nel nucleo (camera e letto) più idoneo al soddisfacimento delle Sue necessità e/o patologia. Lo **spostamento potrebbe essere richiesto anche per esigenze organizzative del nucleo o dell'Azienda.**
- PARTICOLARI PRESCRIZIONI SANITARIE: in base alle prescrizioni del medico curante o dello specialista, potranno essere utilizzati presidi anticaduta e/o di sicurezza a seconda delle necessità a garanzia dell'incolumità dell'Ospite. Di tali prescrizioni, verrà data comunicazione all'ospite, ai parenti e/o aventi causa, che saranno tenuti a sottoscrivere tale comunicazione per presa d'atto e manleva per gli effetti della suddetta prescrizione.
- QUOTA INGRESSO A FONDO PERDUTO: all'atto dell'accoglienza è dovuta la somma di € 350,00 una tantum. La quota a fondo perduto **non è dovuta** nel caso di uscita o decesso antecedente ai giorni 15. Nel caso di decesso o uscita tra il 16esimo e il 21esimo giorno la quota dovuta è pari al 10% dell'importo della retta di soggiorno applicata, calcolata su tutte le giornate di permanenza.
- DISDETTA DEL POSTO LETTO PER DIMISSIONI VOLONTARIE : dovrà essere comunicata per iscritto e consegnata direttamente all'Ufficio Accettazione dell'Azienda o inviata a mezzo raccomandata, con un preavviso di 30 giorni. Nel caso l'ospite venga ricoverato presso qualunque struttura sanitaria, il trasferimento non può intendersi come disdetta. Nel caso di decesso, anche se avvenuto al di fuori della struttura, il posto letto viene comunque mantenuto sino a che non pervenga formale comunicazione secondo le modalità sopra indicate. La retta quindi continuerà ad essere integralmente dovuta sino alla disdetta formale o alla data del decesso. Gli effetti personali dell'Ospite devono essere ritirati entro 8 gg dalla data di comunicazione dell'uscita. Oltre tale termine l'Azienda si dichiara sollevata da ogni responsabilità in merito.

Casale M.to, lì \_\_\_\_\_

**Per presa visione, accettazione .  
Copia della documentazione può essere rilasciata previa richiesta  
all'ufficio Accettazione dell'Ospitalità cdr Casale**

\_\_\_\_\_  
COGNOME E NOME - TITOLO

\_\_\_\_\_  
Firma del Parente / Avente causa

## DOCUMENTI PRESENTATI DELL'OSPITE

- DOCUMENTO D'IDENTITA' ( C.I. - PATENTE - LIBRETTO PENSIONE )
- TESSERA SANITARIA EUROPEA - LIBRETTO SANITARIO CON ASSEGNAZIONE MEDICO
- ESENZIONE TICKET \_\_\_\_\_
- VERBALE INVALIDITA' / domanda in corso \_\_\_\_\_
- ESAMI RICHIESTI TBC - EMATICI – HIV – HCV- ANTIGENE AU
- DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
- PROGETTO "MAI SOLI"
- CUD / 730 / UNICO / DSE
- SCELTA PER FARMACI \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

## DOCUMENTI PRESENTATI DAI FIRMATARI IMPEGNO PAGAMENTO

- DOCUMENTO D'IDENTITA' \_\_\_\_\_
- CODICE FISCALE \_\_\_\_\_
- CUD / 730 / UNICO / DSE \_\_\_\_\_

TRASMESSA COPIA AL REPARTO IN DATA \_\_\_\_\_

COPIA CONSEGNATA AL PARENTE IN DATA \_\_\_\_\_