__l__ Sottoscritt__ _____

nat __ il _____ a _____ (_____)

residente in _____, telefono _____

in nome e per conto del__ Sig.__ _____

nat __ il _____ a _____ (_____)

residente in _____,

affetto da demenza senile

DICHIARA

1. di conoscere e accettare il Regolamento del Centro Diurno;
2. di conoscere che la Grimani Buttari eroga prestazioni di miglioramento del confort alberghiero e prestazioni socio sanitarie aggiuntive rispetto agli standard regionali come specificato nella Carta dei Servizi e pertanto si impegna a corrispondere la conseguente retta giornaliera così come annualmente determinata dal Consiglio di Amministrazione in base alle schede di valutazione della non autosufficienza e per il periodo di permanenza dell'Ospite;
3. di concorrere al pagamento della retta, in solido con l'Ospite, qualora lo stesso non abbia redditi sufficienti o, per qualsiasi motivo, sia impossibilitato al pagamento;
4. di accettare che la retta verrà determinata a seguito della compilazione di apposite schede di valutazione (scala BARTHEL e CDR);
5. di prendere atto delle norme che l'Amministrazione emanerà ogni qualvolta si rendano necessarie ed opportune per il buon funzionamento del Centro Diurno.
   Con ossequi.

FIRMA _____

ALLEGATI PER L'AMMISSIONE:

- Domanda di accoglimento in Centro Diurno Integrato Demenze della Azienda Sanitaria Territoriale (AST);
- Certificato compilato e sottoscritto da un Medico utilizzando lo stampato allegato;
- Certificato compilato e sottoscritto da un Neurologo attestante diagnosi e relativa gravità di compromissione cognitiva;
- Risultato degli esami di laboratorio riguardanti: Markers Epatite B e C;
- Dichiarazione di consenso come richiesto dal Reg. Europeo sulla protezione dei dati personali (Reg. UE 2016/679).

DOCUMENTI DA PRESENTARE SOLO AL MOMENTO DELL'INGRESSO:

1. fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità (carta d'identità, patente di guida)
2. tessera sanitaria cartacea e magnetica;
3. modulo della terapia debitamente firmato dal Medico di famiglia dell'Ospite;
4. esito analisi generiche e markers HIV per ospiti di età inferiore ai 65 anni;
5. fotocopia del verbale rilasciato dalla Prefettura in caso di inabilitazione o interdizione dell'Ospite;
6. fotocopia del decreto del Giudice Tutelare di nomina dell'Amministratore di sostegno per il rilascio del consenso informato sui trattamenti sanitari;
7. Certificato di avvenuta vaccinazione Covid 19;

RINNOVO DOMANDA DI OSPITALITA'

Data, _____

Al Consiglio di Amministrazione della
"GRIMANI BUTTARI"
Via Flaminia II, 111
60027 OSIMO (AN)
tel. e fax n. 071/714520

__l__ Sottoscritt__ _____

nat __ il _____ a _____ (_____)

residente in _____, telefono _____

CHIEDE

il rinnovo della domanda di ospitalità in nome e per conto

in nome e per conto del__ Sig.__ _____

nat __ il _____ a _____ (_____)

residente in _____,
affetto da demenza senile, iscritt__ alla Azienda Sanitaria Territoriale (AST) di Ancona.

Con ossequi.

FIRMA _____