



AZIENDA SPECIALE TIGNALE SERVIZI MANLIO BONINCONTRI

Via San Pietro n° 8, 25080 Tignale (BS)

P.IVA 02326530983 C.F. 96019830171

Tel. 0365 - 761035

Fax: 0365 - 761039

Email: tignale@lumetel.it

PEC: tignale@pec.selenebs.it

www.casadiripositignale.it

DOMANDA DI AMMISSIONE IN STRUTTURA CON IMPEGNATIVA DI PAGAMENTO DELLA RETTA MENSILE

_____ sottoscritt _____
nat_ a _____ il _____
e residente a _____ in via _____ n. _____
(C.F. _____)
in qualità di _____
del_ signor _____
tel. _____ cell. _____ fax _____
altri recapiti eventuali _____

**CHIEDE che venga inserito nella lista d'attesa della
Casa di Riposo di Tignale Manlio Bonincontri il nominativo del_**

signor _____ - stato civile _____
nat_ a _____ il _____
e residente a _____ in via _____ n. _____
- codice fiscale _____ - tessera sanitaria n. _____
- % di invalidità riconosciuta _____ - classe S.OS.I.A. _____
- titolare di assegno di accompagnamento SI
(segnare con una X) NO (è stata presentata domanda)
 NO

E DICHIARA

- di aver preso visione delle tariffe relative alla retta di ospitalità (**camera singola: € 55,00 – camera doppia: € 52,00 – camera tripla € 49,00**);
- di essere stato informato circa i servizi offerti dalla struttura (Carta dei Servizi);
- di accettare senza riserve le norme regolamentari nonché l'assistenza sanitaria e non offerta dalla struttura;
- di impegnarsi al pagamento della retta mensile per il periodo di effettiva permanenza in struttura;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'ufficio amministrativo dell'Azienda Speciale l'eventuale revoca della presente domanda o, comunque, di aggiornare la presente richiesta ogniqualvolta si verifichi un cambiamento sostanziale delle condizioni socio-sanitarie dell'ospite potenziale.

Allega alla presente richiesta la documentazione medica di cui dispone impegnandosi sin d'ora a fornire tutte le ulteriori informazioni richieste.

lì, _____

(firma leggibile)