



# 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](mailto:tignale@lumetel.it)

PEC: [tignale@pec.selenebs.it](mailto:tignale@pec.selenebs.it)

[www.casadiripositignale.it](http://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)