



Comune di Penna San Giovanni

Provincia di Macerata

Piazza del Municipio, 2 - 62020 PENNA SAN GIOVANNI -- TEL.0733/699177-669119 FAX 0733/669514

CASA RIPOSO/RESIDENZA PROTETTA Tel. 0733/669107

info@comune.pennasangiovanni.mc.it PEC pennasangiovanni@pec.it

DICHIARAZIONE DI IMPEGNO AL PAGAMENTO DELLA RETTA

Il sottoscritt _____ nat _____ a _____
il _____ C.F. _____ residente a _____ in
Via/C.da _____ n. _____ tel. _____ in qualità
di _____ di _____;

Il sottoscritt _____ nat _____ a _____
il _____ C.F. _____ residente a _____ in
Via/C.da _____ n. _____ tel. _____ in qualità
di _____ di _____;

SI IMPEGNA E SI OBBLIGA IRREVOCABILMENTE, per sé e per i propri eredi,
a garantire il pagamento (entro il giorno 20 di ogni mese) dell'intera retta mensile di ricovero a carico del proprio congiunto

RETTA MENSILE ALL'INGRESSO € _____ Euro _____

IBAN: IT70H07601 03200 001054662513 – POSTE ITALIANE SPA FIL. PENNA SAN GIOVANNI

1. accettando fin d'ora tutti gli eventuali aumenti e/o modifiche che verranno apportati alla retta stessa e tempestivamente comunicati dall'Ente;
2. a garantire il pagamento delle spese per i servizi non compresi nella retta mensile di ricovero definiti dall'art. 4 della Carta dei Servizi (analisi di laboratorio, trasporto per accertamenti medico/sanitari, medicinali e sussidi a pagamento, assistenza in caso di ricovero in ospedale, eventuale assistenza giornaliera all'interno della struttura, ecc.);
3. a contattare, qualora necessario ed opportuno, la locale farmacia per accordi circa l'approvvigionamento dei medicinali e sussidi necessari al proprio congiunto;
4. a garantire il pagamento delle spese funerarie in caso di decesso dell'ospite;
5. a dotare l'ospite di un corredo personale di vestiario adeguato alla permanenza nella struttura;
6. a comunicare l'eventuale decesso, la rinuncia al servizio, il trasferimento dell'anziano in altro Comune o struttura e anche l'aggravamento dello stato di salute o il cambiamento della situazione sociale;
7. a provvedere per le dimissioni tempestive ed insindacabili dell'ospite su richiesta motivata dell'Amministrazione dell'Ente;
8. a provvedere al reintegro della garanzia cauzionale o fideiussoria prestata in caso di attivazione della stessa da parte dell'Amministrazione dell'Ente e a garantire la sussistenza della polizza fideiussoria per tutto il periodo di degenza all'interno della struttura.

Il/I sottoscritto/i dichiara/no di aver ricevuto copia dell'Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 in ordine al trattamento dei dati personali e copia della Carta dei Servizi accettando integralmente ed impegnandosi all'osservanza di tutte le disposizioni in essa contenute.

Il/I sottoscritto/i comunicano/no che in caso di decesso del/della ospite l'impresa funebre da contattare è la seguente _____ tel. _____

Penna San Giovanni, li _____

FIRMA (allegare copia documento identità valido)

AUTENTICAZIONE DELLA FIRMA

Art.30 D.P.R.28 Dicembre 2000, n. 445

Attesto che la sottoscrizione che precede è stata apposta in mia presenza dal Sig. _____ nato a _____ il _____ identificato mediante _____ e previa ammonizione fatta al dichiarante sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità.
Penna San Giovanni, li _____

IL FUNZIONARIO INCARICATO

Dott.ssa Sonia Vita

AUTENTICAZIONE DELLA FIRMA

Art.30 D.P.R.28 Dicembre 2000, n. 445

Attesto che la sottoscrizione che precede è stata apposta in mia presenza dal Sig. _____ nato a _____ il _____ identificato mediante _____ e previa ammonizione fatta al dichiarante sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità.
Penna San Giovanni, li _____

IL FUNZIONARIO INCARICATO

Dott.ssa Sonia Vita