

Al sig. Sindaco
Comune di _____

Io sottoscritto _____ nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

in qualità di (*indicare il grado di parentela*) _____

chiede che il/Il sig./sig.ra venga inserito nella Residenza Sanitaria Assistenziale Fondazione Anni Sereni

_____ dal _____ al _____

DICHIARA

Inoltre di essere consapevole che allo scadere del Ricovero Temporaneo la Residenza Sanitaria Assistenziale Fondazione Anni Sereni procederà alle dimissioni del/della Sig./Sig.ra _____ e ad impegnarsi a collaborare affinché ciò possa avvenire nel rispetto degli accordi stabiliti con il servizio sociale territoriale.

Eventuale proroga dal _____ al _____

Dichiaro di essere pienamente a conoscenza di dover corrispondere la retta alla Residenza Sanitaria Assistenziale per i sette giorni successivi alla data di dimissione della richiesta, nel caso di dimissioni anticipate rispetto a quelle inizialmente concordate e che l'attivazione di interventi riabilitativi specifici sono totalmente a mio carico.

Dichiaro inoltre di essere **INFORMATO** che, secondo quanto previsto dalla normativa vigente, al momento del ricovero di sollievo in Casa di Riposo, il MEDICO di BASE (MAP) presso cui sono iscritto **POTREBBE ESSERE REVOCATO** e che pertanto, all'atto delle dimissioni, **ACCETTERO'** il MEDICO di BASE che mi sarà assegnato dall'ASL.

Data _____

In Fede

ASSISTENTE SOCIALE

Al sig. Sindaco
Comune di _____
