

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 Risposo, 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 \_\_\_\_\_

---