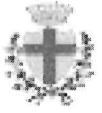




Istituto
Domenico
Trincheri
RESIDENZA PROTETTA
PER ANZIANI 1893

AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA
PERSONA
VIALE LIGURIA N.14 - 17031 ALBENGA

AMMINISTRAZIONE TEL. 0182.52274 FAX 0182.50841
REPARTI DI DEGENZA TEL. 0182.571097
sito internet: www.istitutotrincheri.it



CONTRATTO DI OSPITALITA'

NOME _____

COGNOME _____

DATA INGRESSO: _____



**Istituto
Domenico
Trincheri**
RESIDENZA PROTETTA
PER ANZIANI 1893

AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA
PERSONA
VIALE LIGURIA N.14 - 17031 ALBENGA

AMMINISTRAZIONE TEL. 0182.52274 FAX 0182.50841
REPARTI DI DEGENZA TEL. 0182.571097
sito internet: www.istitutotrincheri.it



CONTRATTO DI OSPITALITA'

TRA

**L'A.P.S.P. Istituto Domenico Trincheri nella persona del suo Presidente , legale
rappresentante pro-tempore o suo delegato**

E

_____ (ospite)

_____ (parente) _____ (parente)

_____ (parente) _____ (parente)

Richiesta di ospitalità nei confronti del/la Sig./Sig.ra _____

Nato/a il _____ a _____ C.F. _____

Residente a _____ via _____ num _____

Telefono _____

Il sottoscritto _____

Nato/a il _____ a _____ C.F. _____

Residente a _____ via _____ num _____

Telefono _____

In qualità di _____

E

Il sottoscritto _____

Nato/a il _____ a _____ C.F. _____

Residente a _____ via _____ n. _____

Telefono _____

In qualità di _____

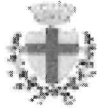
Con la presente richiedono che venga prestata assistenza e ricovero al/la
Sig./Sig.ra _____



Istituto
Domenico
Trincheri
RESIDENZA PROTETTA
PER ANZIANI 1893

AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA
PERSONA
VIALE LIGURIA N.14 - 17031 ALBENGA

AMMINISTRAZIONE TEL. 0182.52274 FAX 0182.50841
REPARTI DI DEGENZA TEL. 0182.571097
sito internet: www.istitutotrincheri.it



Nato/a _____ il _____ C.F. _____

Residente a _____ via _____ n. _____

Telefono _____

Con decorrenza dal _____ e fino a revoca della presente richiesta.

A tal fine i richiedenti:

- Si impegnano e obbligano in via solidale tra loro a tenere indenne l'Istituto Domenico Trincheri A.P.S.P. da ogni esborso, onere, spesa e competenza sia per medicinali, rette, altri presidi e/o prestazioni aggiuntive personalizzate e dunque a versare mensilmente in via anticipata **ENTRO IL PRIMO GIORNO LAVORATIVO DI OGNI MESE** gli importi suddetti sia per rette anticipate, sia per altri oneri aggiuntivi di cui sopra.

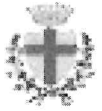
Si precisa che la retta corrente è pari ad Euro _____ al mese come da prospetto che si allega al presente contratto.

- Si costituiscono con il presente atto personalmente garanti dell'intero pagamento di quanto spettante alla Casa di Riposo.

- Nell'ipotesi in cui i richiedenti o loro delegati abbiano la disponibilità delle pensioni e/o indennità di cui gode il degente, costoro sono impegnati irrevocabilmente a mettere a disposizione dell'Istituto Domenico Trincheri tutte le somme attinenti quegli introiti, impegnando e obbligando gli enti/istituti pagatori e i delegati alla riscossione di detti proventi a metterli a disposizione della Residenza protetta suddetta in modo tale che quest'ultima non abbia a subire ritardi nei pagamenti.

- Prendono atto e accettano che l'importo della retta mensile venga definito entro 10 giorni dall'ingresso in struttura, secondo valutazione del Responsabile Sanitario, e che la stessa potrà subire variazioni al mutare delle condizioni fisiche dell'ospite.

- Fin d'ora si impegnano e obbligano a versare quanto la Residenza Protetta richiederà con comunicazione scritta .



- Versano contestualmente alla sottoscrizione del presente contratto la somma di € _____ corrispondente ad una mensilità, a titolo di deposito cauzionale infruttifero.
- Prendono atto e accettano che in caso di decesso o di dimissione dell'ospite la retta venga calcolata secondo quanto previsto dal Regolamento Interno vigente.
- Autorizzano l'emissione diretta a carico del c/c postale/bancario n. _____
dell'addebito della retta e spese accessorie; qualora l'importo delle pensioni dell'ospite venga percepito da uno degli odierni sottoscrittori incaricano quest'ultimo al versamento mensile dell'intero importo di tale emolumento a favore della Residenza Protetta.
- Dichiarano di aver preso visione della Carta dei Servizi e del Regolamento della Residenza Protetta e di accettarne integralmente disposizioni e contenuti, reietta fin d'ora ogni eccezione.
- Allegano alla presente:
 - Documenti d'identità del/gli ospite/i e dei sottoscrittori in corso di validità, impegnandosi a comunicare eventuali variazioni d'indirizzo;
 - Dichiarazione ISEE dell'ospite;
 - Copia libretto di pensione dell'ospite.

L'A.P.S.P. Istituto Domenico Trincheri, preso atto di tutto quanto sopra, accoglie l'ospite nella propria struttura, accetta gli impegni dallo stesso assunti unitamente agli altri obbligati e, a sua volta, si obbliga a seguirne la degenza in conformità alle disposizioni interne della Residenza Protetta.

Data.....

Firma del Legale Rappresentante
dell'A.P.S.P. Istituto Domenico Trincheri

Firma dell'ospite

.....

.....



**Istituto
Domenico
Trincheri**
RESIDENZA PROTETTA
PER ANZIANI 1893

AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA
PERSONA
VIALE LIGURIA N.14 - 17031 ALBENGA

AMMINISTRAZIONE TEL. 0182.52274 FAX 0182.50841
REPARTI DI DEGENZA TEL. 0182.571097
sito internet: www.istitutotrincheri.it



Gli obbligati

..... (_____)

..... (_____)

..... (_____)



**Istituto
Domenico
Trincheri**
RESIDENZA PROTETTA
PER ANZIANI 1893

AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA
PERSONA
VIALE LIGURIA N.14 - 17031 ALBENGA

AMMINISTRAZIONE TEL. 0182.52274 FAX 0182.50841
REPARTI DI DEGENZA TEL. 0182.571097
sito internet: www.istitutotrincheri.it



TARIFFE GIORNALIERE:

OSPITE AUTOSUFFICIENTE

€ 53.50

OSPITE PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE con AGED 5,5 – 10

€ 70,00 (QUOTA ALBERGHIERA € 48,28 + QUOTA SANITARIA €21,72)

OSPITE NON AUTOSUFFICIENTE con AGED 10,5 – 16

€ 80.92 (QUOTA ALBERGHIERA € 51.78 + QUOTA SANITARIA € 29.14)

OSPITE TOTALMENTE NON AUTOSUFFICIENTE con AGED 16,5

€ 100,71 (QUOTA ALBERGHIERA € 53,78 + QUOTA SANITARIA € 46,93)

Ai suddetti importi dovrà essere aggiunto l'importo del bollo attualmente pari ad € 2,00 su ogni fattura