

**AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA**  
**DON FRANCESCO ROSSI**  
58017 PITIGLIANO (Grosseto) – Via Don F. Rossi 103  
Telefono 0564/616062-614475

ALL'A.P.S.P. "DON FRANCESCO ROSSI"  
PITIGLIANO

\_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_, inoltre la  
presente domanda intesa ad ottenere l'ammissione presso codesta Azienda del  
sig. \_\_\_\_\_ nat a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_.

L'ammissione dell'anziano/a avverrà ad insindacabile giudizio del CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE e diverrà definitiva dopo un periodo di prova di mesi due. Qualora l'anziano/a divenisse non autosufficiente o fosse, comunque, causa di disturbo alla vita di comunità, il richiedente, consapevole che questa Casa di Riposo non è completamente organizzata per l'assistenza agli infermi, si impegna al ritiro dello stesso e a seguire tutte le procedure che la struttura richiederà, riservandosi l'Istituto di dimetterlo.

All'atto della ammissione dovrà essere versato anticipatamente l'importo della retta, della quale se ne fa garante, anche in seguito, il sig. \_\_\_\_\_  
Che sottoscrive a tale scopo.

Firma

**NOTA**

Qualora l'anziano si assenti dall'Istituto per qualsiasi motivo, ivi compreso il ricovero ospedaliero, il pagamento della retta è ugualmente dovuto per intero, intendendosi che la stessa è calcolata in forme mensile e forfettaria.

**DA ALLEGARE ALLA DOMANDA**

1) Certificato medico attestante che l'anziano è autosufficiente per cui può essere ammesso in comunità.

Pitigliano, li

Firma Richiedente

Acconsento ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento UE 2016/679, al trattamento dei dati personali

Data

Firma