

A.S.P. Casa di Riposo e Pensionato Imperia

Via G. Agnesi, 25 tel. 0183/293628 – fax 0183/294951- caripoimperia@libero.it

Pec: caripoimperia@legalmail.it

18100 IMPERIA

CONTRATTO DI OSPITALITA'

NOME _____

COGNOME _____

DATA INGRESSO _____

CONTRATTO DI OSPITALITA'

TRA

**L'ASP Casa di Riposo e Pensionato Imperia 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 _____ n. _____

Telefono _____

Il sottoscritto _____ Nato/a il _____

C.F. _____ Residente a _____ Via _____

_____ n. _____ Telefono _____

In qualità di _____

Il sottoscritto _____ Nato/a il _____

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

Nato/a _____ il _____ C.F. _____

Residente a _____ Via _____ n _____

Telefono _____

Con decorrenza dal _____ fino a revoca della presente richiesta.

A tal fine i richiedenti:

- Si impegnano ed obbligano in via solidale tra loro a tenere indenne la Casa di Riposo “Imperia” da ogni esborso, onere, spesa e competenza sia per medicinali, rette ed altri presidi e/o prestazioni aggiuntive personalizzate e dunque a versare mensilmente, in via anticipata, ENTRO IL GIORNO 10 DI OGNI MESE gli importi suddetti sia per rette anticipate, sia per altri oneri aggiuntivi di cui sopra.
- Autorizzano ad addebitare in capo al/la ricoverato/a le rette per il soggiorno e le spese occorrenti per la cura del/la degente, somme tutte che fin d’ora accettano senza eccezione alcuna, e personalmente si impegnano ad onorare tutte le obbligazioni di pagamento che conseguiranno nell’ipotesi in cui _____ (nome e cognome dell’ospite – legame di parentela) non vi provveda entro i quindici giorni successivi alla scadenza del credito (giorno 10 di ogni mese).
- 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 della Casa di Riposo “Imperia” tutte le somme attinenti a quegli introiti, impegnando e obbligando gli enti/istituti pagatori e i delegati alla riscossione di detti proventi a metterli a disposizione dell’ASP 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 Casa di Riposo 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:

IBAN _____

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 Casa di Riposo.

- Dichiarano di aver preso visione della Carta dei Servizi e del Regolamento della Casa di Riposo e di accettarne integralmente le disposizioni e contenuti, reietta fin d'ora ogni eccezione.

- Allegano alla presente:
 - Documenti di identità dell'ospite e dei sottoscrittori in corso di validità, impegnandosi a comunicare eventuali variazioni di indirizzo.
 - Dichiarazione ISEE dell'ospite.
 - Copia libretto pensione dell'ospite.

L'ASP Casa di Riposo "Imperia", 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 dell'ASP.

Data.....

Firma del Legale Rappresentante

Firma dell'ospite

ASP CASA DI RIPOSO IMPERIA

Gli obbligati

.....(_____)

.....(_____)

.....(_____)

A.S.P. Casa di Riposo e Pensionato Imperia

Via G. Agnesi, 25 tel. 0183/293628 – fax 0183/294951- caripoimperia@libero.it

Pec: caripoimperia@legalmail.it

18100 IMPERIA

OGGETTO: D.lgs. 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali”

Vi informiamo ai sensi dell’art. 13 del D.Lgs. 196/2003 che i dati personali da Voi forniti al momento della richiesta di prestazione ovvero successivamente acquisiti, anche da terzi, mediante comunicazione telefonica o per iscritto oppure verbalmente, così come le immagini che la ritraggono potranno formare oggetto di trattamento nel rispetto della normativa in oggetto.

Il trattamento dei dati è finalizzato innanzi tutto all’assolvimento degli obblighi legali previsti dalla normativa vigente, nonché all’assolvimento degli obblighi di legge per la tenuta della contabilità e tutti i relativi adempimenti. Le immagini che la ritraggono sono finalizzate all’inserimento in cornici digitali, che riportano nella struttura, momenti di vita quotidiana. I dati e le immagini verranno inseriti prevalentemente in archivi cartacei oppure in banche dati informatiche ed il loro trattamento, che potrà essere effettuato attraverso strumenti automatizzati e non, comprenderà tutte le operazioni o complesso di operazioni di cui all’art. 4 lett. A) D.Lgs. 196/03 e necessari al trattamento in questione.

I dati potranno essere comunicati a terzi (strutture di conteggio ed elaborazione dati contabili, commercialisti, ecc.), che per conto nostro curano gli adempimenti fiscali e contabili. Con riferimento ai dati sensibili, in particolare risultanti da ricette o prescrizioni mediche o comunque in altro modo forniti, si informa che gli stessi potranno venire trattati sia con sistemi informatici che non informatici dalle persone appositamente incaricate. Tali dati risultano necessari per l’esecuzione della prestazione e per l’aggiornamento e verifica di eventuali ulteriori prestazioni.

Vi informiamo che i dati potranno venire utilizzati per comunicazioni ai seguenti soggetti: INPS, ASL, Servizi Sociali, ecc.

Informiamo altresì che, in relazione ai predetti dati, potrete esercitare i diritti di cui all’art. 7 e ss. del D.Lgs. 196/2003 che consistono nella possibilità di verifica dei dati, di richiesta di variazioni, cancellazioni degli stessi, se la richiesta è legittima.

Informiamo che il titolare del trattamento dei dati è l’ASP Casa di Riposo e Pensionato “Imperia”.

I soggetti che, nell’ambito delle loro mansioni, possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati sono coloro che operano nel reparto (OSS, Infermieri, collaboratori esterni) e addetti agli uffici amministrativi. Il soggetto responsabile del trattamento dei dati personali è il Presidente dell’Ente.

Il titolare del trattamento dei dati personali

A.S.P. Casa di Riposo e Pensionato Imperia

Via G. Agnesi, 25 tel. 0183/293628 – fax 0183/294951- caripoimperia@libero.it

Pec: caripoimperia@legalmail.it

18100 IMPERIA

CONSENSO

Il

sottoscritto.....
.....

Preso atto dell'informativa fornita ed in riferimento alle disposizioni di cui al D.Lgs. 196/2003

- Con riferimento alla possibile comunicazione a terzi per gli adempimenti contabili e fiscali
 - ESPRIME IL CONSENSO
 - NEGA IL CONSENSO

- Con riferimento al trattamento dei dati sensibili
 - ESPRIME IL CONSENSO
 - NEGA IL CONSENSO

- Con riferimento al trattamento delle immagini che la ritraggono
 - ESPRIME IL CONSENSO
 - NEGA IL CONSENSO

Dichiara altresì di essere a conoscenza dei diritti riconosciuti dagli artt. 7 e ss. Del D.Lgs. 196/2003

_____ li _____