

**AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA
"UMBERTO I"**

Via Sabbionera, n. 103 - 33053 LATISANA (UD)

Tel. 0431/50202- fax 0431/512480

www.umberto-primo.it e-mail: info@umberto-primo.it

P.iva 01469760308 C.f. 83000430302



DOMANDA DI ACCOGLIMENTO

Il/La sottoscritto/a (familiare, tutore, amministratore di sostegno, assistente sociale/Sindaco del Comune)

nella qualità di _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____

via _____ tel. _____

CHIEDE l'accoglimento per

Cognome e Nome _____

codice fiscale _____ stato civile _____

nato a _____ il _____

comune di residenza _____ via _____

titolo di studio _____ professione _____

tessera sanitaria n. _____ esenzione _____

Dichiara di prendere atto dell'art. 5 del "Regolamento anagrafico della popolazione residente" D.P.R. 30 maggio 1989, n. 223, per il quale all'avvenuto trasferimento della dimora abituale dell'Ospite accolto, si procede alla mutazione anagrafica di cui all'art. 10 dello stesso decreto.

Dichiara di impegnarsi a firmare il contratto all'atto dell'accoglimento e di accettare il Regolamento per l'accoglimento e la permanenza degli Ospiti in vigore, del quale ha ricevuto copia.

Data _____

Firma _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto _____, in qualità di (ospite/parente/ecc.) _____, dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi degli art. 7/8/9/10 e 13 del D.Lgs. 196/2003 unitamente alla copia degli stessi articoli ed esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali dalla citata Legge con particolare riguardo a quelli cosiddetti sensibili, nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa. Acconsente anche al trattamento della propria immagine su documenti, anche cartacei, dell'A.S.P. "Umberto I".

Data _____

Firma _____

Mod. A

PARTE RISERVATA ALL' A.S.P. "Umberto I"

Dall'esame della documentazione sanitaria

Il/La signor/a _____

PUÒ ESSERE ACCOLTO

NON PUÒ ESSERE ACCOLTO perché _____

Data _____

Il Direttore Sanitario _____

DATA INGRESSO _____

REPARTO _____

STANZA _____ POSTO LETTO N. _____

autosufficiente

non-autosufficiente

Il Responsabile dell'Area Sanitaria e Socio Assistenziale dell'Ente _____

~~~~~  
Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 per il trattamento dei dati personali

A. Finalità e modalità del trattamento

I dati vengono trattati in relazione ad esigenze di carattere assistenziale e sanitario – registrazione degli Ospiti e loro gestione amministrativa, diagnosi, cura e terapia, monitoraggio di gruppi a rischio, interventi in casi di calamità, epidemie o malattie infettive – di carattere sociale – servizi sociali e di assistenza, attività di volontariato, attività di solidarietà e beneficenza – di carattere amministrativo – determinazione delle tariffe e delle spese correlate, fatturazione, rendicontazione all'Azienda Sanitaria, cambio di residenza - di carattere generale – prenotazioni di servizi, relazioni con il pubblico. I dati verranno trattati in forma scritta e organizzati in archivi in forma automatizzata e non.

Inoltre si informa che l'accesso pedonale e carraio è sorvegliato da apposite telecamere, per permettere al personale preposto la gestione dei relativi cancelli. Non viene effettuata nessuna registrazione dell'immagine.

B. Natura del conferimento

Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria per tutto quanto è richiesto dagli obblighi legali, sanitari e contrattuali e, pertanto, l'eventuale rifiuto a fornirli o al successivo trattamento potrà determinare l'impossibilità della scrivente a dar corso ai rapporti medesimi.

C. Conseguenze di un eventuale rifiuto a produrre dati

Il mancato conferimento di tutti i dati che non siano riconducibili ad obblighi legali, sanitari o contrattuali verrà valutato dalla scrivente di volta in volta e determinerà le conseguenti decisioni rapportate all'importanza dei dati richiesti rispetto alla gestione del rapporto.

D. Categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati

I dati potranno essere comunicati ad Aziende Ospedaliere e Sanitarie, ai Comuni ed a Pubbliche Amministrazioni in genere per gli adempimenti di legge, al Servizio di Tesoreria dell'Ente e a ditte e professionisti esterni in convenzione per l'espletamento dei servizi.

E. Diritti dell'interessato

Si rilascia in copia gli articoli 7/8/9/10 e 13 del D.Lgs. 196/2003

F. Titolare al trattamento dei dati e/o responsabile

Il titolare al trattamento dei dati è: *A.S.P. Umberto I, Via Sabbionera n.103 – 33053 LATISANA (UD)*

*Regione Friuli Venezia Giulia*  
**AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N. 5 "BASSA FRIULANA**

CERTIFICAZIONE MEDICA DA PRESENTARE PER L'INGRESSO IN STRUTTURA  
RESIDENZIALE PER ANZIANI

SIGNOR/A \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

IDONEO/A A VIVERE IN COMUNITÀ: SI  NO

INVALIDITÀ CIVILE: SI  NO   
se NO presentato domanda di invalidità  
civile SI  NO   
se SI quando? \_\_\_\_\_

ACCOMPAGNAMENTO: SI  NO

**ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA** (patologie importanti ed eventuali ricoveri, allergopatie, traumi ed esiti, interventi chirurgici, patologie psichiatriche ...):

---

---

---

---

---

**ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA:**

---

---

---

---

**P.A.** \_\_\_\_\_ **Peso kg.** \_\_\_\_\_ **Altezza cm.** \_\_\_\_\_

|                      |                        |    |    |                                    |
|----------------------|------------------------|----|----|------------------------------------|
| <b>Abitudini:</b>    | Fumatore               | NO | SI | Quante sigarette al giorno ? _____ |
|                      | Fa uso di alcolici     | NO | SI | Modica quantità                    |
|                      |                        |    |    | Alcolista                          |
|                      | Fa uso di stupefacenti | NO | SI | Quali? _____                       |
| <b>Vaccinazioni:</b> | Antitetanica           | NO | SI | Data somm.ne _____                 |
|                      |                        |    |    | Data somm.ne _____                 |
|                      | Antinfluenzale         | NO | SI | Data somm.ne _____                 |
|                      | Antipneumococcica      | NO | SI | Data somm.ne _____                 |

**Altre vaccinazioni:**

---

**Allergie e/o intolleranze alimentari:**

---

**Terapia attuale e posologia:**

---

---

---

**DIAGNOSI:**

---

---

---

## ESAME OBIETTIVO

### Apparato cardio-respiratorio:

---

---

**Necessita di ossigenoterapia**            NO                            SI

**Portatore di pace-maker**            NO                            SI

### Apparato genito-urinario:

---

---

### Apparato neuro-muscolare:

---

---

### Apparato osteoarticolare:

---

---

### Apparato endocrino:

---

---

### Cute ed annessi:

---

---

### Occhi:

---

---

### Orecchie:

---

---

### Bocca e rinofaringe:

---

---

## NOTIZIE DI CARATTERE ASSISTENZIALE

**Deambulazione:** autonoma bastone girello impossibile  
se impossibile: si alza autonomamente in carrozzina  
deve essere alzato in carrozzina  
è costantemente allettato

**Eliminazione:** È incontinente NO Deve essere accompagnato in bagno NO SI  
SI urine feci urine/feci  
Uso di: pannolone condom catetere perman.  
Alvo: regolare diarroico stitico  
Uso lassativi: saltuario regolare

**Ha piaghe da decubito:** NO SI  
se SI in quale zona e di che grado: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Trattamento attuale: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Alimentazione:** autonoma piccolo aiuto dipendente  
Enterale con sondino naso-gastrico  
Portatore di P.E.G.  
denti propri protesi edentulo  
Dieta: solida semi-solida liquida  
Diete speciali: \_\_\_\_\_

**Igiene personale:** autonoma piccolo aiuto dipendente  
Si veste da solo piccolo aiuto dipendente

**Ritmo sonno/veglia:** normale insonnia  
inversione sonno/veglia ipersonnia

**Comportamento:** tranquillo agitato aggressivo  
confuso/disorientato tende a fuggire vagabondaggio

**Riabilitazione:** non necessaria necessita di fisioterapia  
Se necessaria con quali interventi: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Giudizio complessivo:** **AUTOSUFFICIENTE** **NON AUTOSUFFICIENTE**

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma leggibile del medico curante  
\_\_\_\_\_

**AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA  
"UMBERTO I"**

Via Sabbionera, n. 103 - 33053 LATISANA (UD)

Tel. 0431/50202- fax 0431/512480

[www.umberto-primo.it](http://www.umberto-primo.it) e-mail: [info@umberto-primo.it](mailto:info@umberto-primo.it)

P.iva 01469760308 C.f. 83000430302



**CONTRATTO**

**PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI**

Art. 1 – Il presente contratto tra l'A.S.P. "Umberto I" del Comune di Latisana e i sigg. \_\_\_\_\_, nati a \_\_\_\_\_ rispettivamente il \_\_\_\_\_, residenti a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ - di seguito definito "privato contraente" – disciplina le condizioni di permanenza presso la Casa per Anziani dell'Ospite sig. \_\_\_\_\_.

Art. 2 – L'Ospite identificato all'art. 1 viene accolto presso le strutture residenziali dell'A.S.P. "Umberto I" a far luogo dal \_\_\_\_\_ e fino a tutto il \_\_\_\_//\_\_\_\_//\_\_\_\_. A partire dalla stessa data sorge l'obbligazione del pagamento della retta giornaliera e degli eventuali servizi relativi a trasporti fruiti e medicinali prescritti.

Le parti danno atto che il posto è rimasto riservato dal giorno \_\_\_\_\_, dietro pagamento di un corrispettivo di € \_\_\_\_\_=.

Danno altresì atto che è stato effettuato presso la Tesoreria dell'A.S.P. "Umberto I" un versamento pari a € \_\_\_\_\_ quale deposito cauzionale. Tale importo rimane fisso ed inalterato, salvo diversa disposizione dell'A.S.P. "Umberto I". La cauzione sarà restituita all'intestatario al termine dell'accoglimento.

Art. 3 – Il privato contraente è a conoscenza – ed ha provveduto ad informare l'Ospite, qualora questo sia persona diversa dal contraente – dei servizi erogati dall'A.S.P. "Umberto I", così come descritti nel Regolamento della stessa A.S.P., di cui si rilascia copia.

Il contraente accetta che le visite e le cure specialistiche, nonché i trasporti con ambulanza non assunte dal servizio sanitario nazionale, siano poste a suo carico, salvo quanto previsto nell'art. 2.

Art. 4 – All'Ospite è assegnato un posto letto per decisione del personale dell'A.S.P., il quale può disporre successivi spostamenti motivati, semplicemente informando il privato contraente, l'Ospite o i parenti, i quali potranno sempre chiederne la motivazione.

Il contraente si dichiara a conoscenza dei doveri elencati nel citato Regolamento. In caso di dimissione dell'Ospite dall'Ente è prevista un'indennità di mancato preavviso di giorni 7 pari alla retta di riferimento;

Il contraente si impegna a ritirare l'Ospite qualora la sua presenza diventi incompatibile con la disciplina interna dell'A.S.P. o venga a trovarsi in condizioni che superino le possibilità assistenziali di questa A.S.P.

Art. 5 – Il corrispettivo giornaliero del servizio è quello stabilito dall'ultima deliberazione del Consiglio di Amministrazione di determinazione delle rette, per la categoria cui l'Ospite appartiene. Al momento dell'accoglimento l'importo della retta individuale è quello desumibile dalla dichiarazione allegata al presente contratto.

Il contraente riceverà comunicazione dei nuovi importi qualora essi siano stati variati.

Art. 6 – Il contraente si impegna a versare la retta mensile entro la data di scadenza indicata sulla fattura presso la Tesoreria dell'A.S.P. – attualmente la Banca di Cividale S.p.A., ovvero sul c/c postale n. 12237335 intestato a: A.S.P. "Umberto I" – Servizio di Tesoreria con causale: "Cauzione in favore del/la signore/a \_\_\_\_\_".

Il contraente dichiara che il reddito dell'Ospite, eventualmente integrato dal reddito del contraente stesso e da quello delle persone tenute all'obbligo di prestare gli alimenti, ai sensi dell'art. 433 del codice civile, è sufficiente a garantire il pagamento totale della retta.

Nel caso che si verificano situazioni destinate a portare l'Ospite in uno stato di indigenza totale o parziale, il contraente si impegna ad attivarsi immediatamente presso il Comune di competenza al fine di ottenere l'integrazione o il pagamento della retta.

Per parte sua l'A.S.P. "Umberto I", ai sensi dell'art. 6, comma 4, della Legge 328/2000, ha provveduto a dare opportuna comunicazione della richiesta di accoglimento al Comune di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_.

Qualora i pagamenti siano risultati in sospeso per due mesi, il primo giorno del mese successivo non pagato, l'A.S.P. "Umberto I" incamererà il deposito cauzionale trasferendolo in conto retta, informerà il Comune di residenza all'atto dell'accoglimento e promuoverà azione per il recupero del credito. Persistendo la situazione di insolvenza, senza che siano state quantomeno prestate delle opportune garanzie, si dovrà provvedere all'interruzione del servizio e alla dimissione dell'Ospite.

Art. 7 – Il privato contraente rinuncia al potere di revoca del beneficio, anche con disposizione testamentaria, ai sensi dell'art. 1412 del codice civile.

Art. 8 – L'A.S.P. "Umberto I" rilascerà annualmente agli aventi diritto, su richiesta del contraente, una dichiarazione contenente la quantificazione dei costi di assistenza specifica, deducibili dalle imposte sui redditi, ai sensi del T.U.I.R. art. 10.

Art. 9 – Il contraente dichiara di conoscere ed accettare tutte le norme stabilite nel Regolamento dell'A.S.P. "Umberto I".

Art. 10 – Per ogni controversia insorta sul contratto, unico competente sarà il Foro di Udine.

Art. 11 – Le parti convengono di procedere alla registrazione del presente atto solo in caso d'uso. In ogni caso il relativo onere resterà a carico del privato contraente.

Art. 12 – Il contraente dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi degli articoli 7/8/9/10 del D.Lgs. 196/2004 unitamente alla copia degli stessi ed esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati e di quelli dell'Ospite rappresentato qualificati come personali dalla citata Legge, con particolare riguardo a quelli cosiddetti sensibili, nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa riportata nella domanda di accoglimento, sottoscritta in data \_\_\_\_\_. Autorizza inoltre l'uso dell'immagine dell'Ospite finalizzato alla pubblicazione su documenti, anche cartacei, dell'A.S.P. "Umberto I".  
Comunica, inoltre, di autorizzare l'A.S.P. "Umberto I" a comunicare i dati personali e sensibili, oltre a quelli indicati nell'informativa, ai seguenti soggetti:

\_\_\_\_\_

Latisana, \_\_\_\_\_

L'A.S.P. "Umberto I"

Il contraente

Il contraente dichiara di accettare in modo specifico, ai sensi dell'art. 1341, comma 2, del Codice Civile, le clausole del contratto di cui agli articoli 4, comma 3 – 6, comma 5 – 9.

Latisana, \_\_\_\_\_

Il contraente

Mod. D

**AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA  
"UMBERTO I"**

Via Sabbionera, n. 103 - 33053 LATISANA (UD)

Tel. 0431/50202- fax 0431/512480

[www.umberto-primo.it](http://www.umberto-primo.it) e-mail: [info@umberto-primo.it](mailto:info@umberto-primo.it)

P.iva 01469760308 C.f. 83000430302



Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

in qualità di \_\_\_\_\_ dell'Ospite \_\_\_\_\_

chiede

di poter usufruire delle prestazioni supplementari volontarie:

assistenza ai pasti

deambulazione assistita

compagnia/socializzazione

altro \_\_\_\_\_

Persona designata:

sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Inizio prestazione :

con orario :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dichiara di accettare le norme stabilite nel vigente regolamento, in particolare l'articolo 11.

Latisana \_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

**RISERVATO ALL'A.S.P. "Umberto I"**

Si autorizza, il Responsabile Area \_\_\_\_\_

*La presente autorizzazione ha validità annuale, può essere rinnovata previa presentazione di nuova richiesta.*

Mod. D

## DICHIARAZIONE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

### **d i c h i a r a**

di fornire prestazioni supplementari al/la sig./ra \_\_\_\_\_  
presso l'A.S.P. "Umberto I", con la frequenza indicativamente riportata nel sottostante prospetto:

| GIORNI    | dalle ore | alle ore | dalle ore | alle ore |
|-----------|-----------|----------|-----------|----------|
| Lunedì    |           |          |           |          |
| Martedì   |           |          |           |          |
| Mercoledì |           |          |           |          |
| Giovedì   |           |          |           |          |
| Venerdì   |           |          |           |          |
| Sabato    |           |          |           |          |
| Domenica  |           |          |           |          |

### **e si impegna**

a rispettare tutte le norme contenute nel Regolamento per l'accoglimento e la permanenza degli Ospiti nel servizio residenziale dell'A.S.P. "Umberto I" di Latisana ed in particolare:

- a non effettuare prestazioni di competenza del personale dell'Ente;
- a non interferire con l'attività assistenziale e l'organizzazione del lavoro;
- a non utilizzare materiale e presidi di proprietà dell'Ente.

Latisana, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### **Articolo 11 – Prestazioni supplementari volontarie**

1. L'A.S.P. "Umberto I" permette, agli Ospiti che lo desiderino, di fruire di prestazioni supplementari, rispetto a quelle offerte dall'Ente, a condizione che tali prestazioni siano volontarie e non riguardino alcuna delle funzioni di competenza del personale della Struttura, ma si limitino a garantire all'Ospite servizi particolari, come lettura di riviste, compagnia ed accompagnamento, dei quali normalmente l'Ente non si fa carico.
2. Le persone che vengono incaricate dai familiari di fornire prestazioni supplementari volontarie devono consegnare alla Responsabile di Area un documento (Mod. D) che vale come dichiarazione d'impegno. L'accettazione del Mod. D da parte dell'Ente ha esclusivo valore di autorizzazione all'accesso nei locali e non costituisce alcun tipo di rapporto funzionale o di dipendenza tra l'A.S.P. "Umberto I" e la persona che fornisce la prestazione.
3. Ogni comportamento contrario all'impegno preso contestualmente alla sottoscrizione del Mod. D sarà segnalato all'Ospite o ai familiari, i quali si incaricheranno di interrompere il rapporto con la persona inadempiente.

**AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA  
"UMBERTO I"**

Via Sabbionera, n. 103 - 33053 LATISANA (UD)

Tel.0431/50202- fax 0431/512480

[www.umberto-primo.it](http://www.umberto-primo.it) e-mail: [info@umberto-primo.it](mailto:info@umberto-primo.it)

P.iva 01469760308 C.f. 83000430302



**Gentile Ospite, gentile Familiare,**

L'A.S.P. "Umberto I" opera quotidianamente per migliorare la qualità dei servizi erogati.

In questo senso la Sua collaborazione ci è particolarmente utile, soprattutto se il servizio che Le offriamo non soddisfa le Sue aspettative.

La invitiamo, pertanto, ad esprimere liberamente suggerimenti e/o critiche, assicurandoLe che ogni segnalazione sarà esaminata dalla Responsabile di Area.

Le ricordiamo che le informazioni da Lei fornite saranno trattate nel pieno rispetto della privacy.

Ai sensi dell'art. 19 del Regolamento per l'accoglimento e la permanenza degli Ospiti nel servizio residenziale **non saranno prese in considerazione reclami privi dell'indicazione del nome e del recapito del reclamante o che riguardino questioni inerenti alla sfera privata degli Ospiti o del personale.**

## SUGGERIMENTI E RECLAMI

Scriva qui la Sua segnalazione e la imbuchi nelle cassette situate su ogni piano ovvero la consegna alla Responsabile di Area

Tipo di segnalazione [ ] miglioramento [ ] disfunzione

Cucina

Pulizia

Lavanderia

Personale di assistenza

Personale infermieristico

Medico

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sono disponibile ad un contatto:

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Familiare dell'Ospite \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA  
"UMBERTO I"**

Via Sabbionera, n. 103 - 33053 LATISANA (UD)  
Tel. 0431/50202- fax 0431/512480  
[www.umberto-primo.it](http://www.umberto-primo.it) e-mail: [info@umberto-primo.it](mailto:info@umberto-primo.it)  
P.iva 01469760308 C.f. 83000430302



**RETTE IN VIGORE DAL 1° GENNAIO 2010**

| <b>Tipologia Ospite</b>    | <b>Importo giornaliero</b> | <b>Cauzione</b> |
|----------------------------|----------------------------|-----------------|
| Ospiti autosufficienti     | € 39,70                    | € 1.191,00      |
| Ospiti non autosufficienti | € 59,20*                   | € 1.776,00      |

(\* al netto del contributo di cui alla L.R. 10/97 attualmente pari ad € 15,60)

La cauzione deve essere versata entro la data di accoglimento nelle seguenti modalità:

- a) c/c postale n. 12237335 intestato a: A.S.P. "Umberto I" – Servizio di Tesoreria con causale: "Cauzione in favore del/la signore/a \_\_\_\_\_";
- b) versamento sul c/c bancario con coordinate IBAN IT14D0548463900040570389051 presso la "Banca di Cividale SpA" intestato a: A.S.P. "Umberto I" – Servizio di Tesoreria con causale: "Cauzione in favore del/la signore/a \_\_\_\_\_";

Mitt.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Spett.le  
A.S.P. "Umberto I"  
Via Sabbionera, n. 103  
33053 Latisana (UD)

Oggetto: rinnovo domanda di accoglimento.-

Con la presente si rinnova la domanda di accoglimento relativa all'Ospite

sig.re/a: \_\_\_\_\_

nato/a a: \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

come previsto dall'art. 3, comma 4, del "Regolamento per l'accoglimento e la permanenza degli Ospiti nel servizio residenziale".

Distinti saluti.

Latisana,

\_\_\_\_\_

Da consegnare all'Ufficio Protocollo, **insieme alla relazione del servizio sociale del Comune di residenza**, con i seguenti orari:

***dal lunedì al sabato ore 9.30-13.00***

Per informazioni:

- Coordinatore socio-sanitario assistenziale sig.ra Gabriella Mantello tel. 0431-50202