

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA ED IMPEGNO - DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI  
ATTO NOTORIO**

(Artt. 4 e 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445).

Con la presente scrittura,

il/la sottoscritto/a.....

nato/a a..... (.....) .il.....

residente in..... (.....) CAP.....

Via.....

C.F. ....Tel. ....

cell: ..... Mail o Pec: .....

in qualità di: (barrare la casella che interessa)

- persona direttamente interessata**
- tutore**  **curatore**  **Amministratore di Sostegno**
- parente/tenuto per legge/altro avente rappresentanza legale**

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' DI:**

- Acconsentire al PROPRIO inserimento presso la Residenza Protetta Veralli Cortesi;**
- Acconsentire all'inserimento di.....**

nato/a il ..... a ..... (.....)

residente a ..... (.....) CAP.....

Via.....

**presso la Residenza Protetta Veralli Cortesi.**

**Dichiara, altresì, a tal fine e consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art.76 D.P.R. 445 del 28/12/2000**

**DI ESSERE A CONOSCENZA CHE:**

- 1) l'attuale retta di degenza giornaliera è pari a € **99,45** (novantanove/45) oltre ad IVA se ed in quanto dovuta;
- 2) a seguito della Convenzione sottoscritta fra la Residenza protetta Veralli Cortesi e la ASL n° 1 di Perugia è previsto un **contributo sanitario giornaliero pari ad € 48,83** (euro quarantotto/83) pro capite/die, oltre ad IVA se ed in quanto dovuta;

- 3) la **quota parte di retta a carico dell'ospite** e/o degli obbligati per legge o del garante, salvo l'integrazione sociale da parte del Comune eletto come domicilio di soccorso, ove sussistano i livelli reddituali che la norma stessa stabilisce, è pari ad € **50,62** (euro cinquanta/62) pro capite/die, oltre ad IVA se ed in quanto dovuta. Tale quota parte di retta subirà la variazione in aumento sulla base del 75% dell'indice ISTAT FOI annuale dell'anno solare precedente. L'applicazione dell'adeguamento verrà effettuata a valere sulla retta del mese di giugno e sarà valida per gli undici mesi successivi. È facoltà dell'Azienda concedere un contributo a tutti gli anziani non autosufficienti, convenzionati e/o solventi in proprio; il Consiglio di Amministrazione annualmente, e comunque entro il primo semestre dell'anno corrente, delibererà l'entità, le modalità ed i destinatari del citato contributo. È inoltre facoltà dell'Azienda modificare le tariffe poste a carico degli ospiti per evidenti e comprovati motivi.
- 4) la retta giornaliera di degenza comprende i seguenti servizi:
- a) assistenza socio-sanitaria nelle ventiquattro ore ed assistenza giornaliera a e di animazione da parte di personale qualificato,
  - b) servizio ristorazione e pulizie;
  - c) biancheria piana, presidi o ausili quali: presidi di assorbenza, sollevatori, letti attrezzati, ausili per la deambulazione
  - d) lavaggio degli indumenti personali dell'ospite;
  - e) parrucchiera/barbiere;
  - f) podologo/estetista;
  - g) Eventuale<sup>1</sup> (su esplicita delega dell'ospite e qualora le possibilità organizzative dell'Ente lo consentano): riscossione e custodia della pensione in conto corrente e custodia del quinto della pensione ove dovuto;
  - h) Eventuale<sup>2</sup> gestione delle piccole spese correnti e relativa rendicontazione attraverso la gestione di un fondo cassa depositato da ogni singolo ospite;
  - i) escursioni esterne rientranti nei progetti educativi di animazione socio-culturale che prevedano trasferimenti con mezzi di trasporto esterni o il trattenimento in locali di ristorazione esterni.

**Le restanti spese dovranno considerarsi extra, pertanto, graveranno sull'ospite e/o sui familiari del medesimo. La corresponsione della retta non da diritto all'erogazione delle spese farmaceutiche e parafarmaceutiche e presidi sanitari non concessi dal Servizio Sanitario Nazionale.**

5) il **pagamento della retta deve essere effettuato tramite:**

- a) BONIFICO O GIROCONTO BANCARIO presso il Tesoriere dell'Ente (attualmente Monte dei Paschi di Siena filiale di Todi Ponte Rio, Viale Tiberina **IBAN n. IT 50 E 01030 38701 000000295037**;
- b) ASSEGNO CIRCOLARE NON TRASFERIBILE intestato all'Ente "A.P.S.P. L. Veralli, G. e A. Cortesi" (da consegnare a mano o per posta<sup>3</sup> presso gli uffici amministrativi o presso il suddetto Tesoriere Monte dei Paschi di Siena filiale di Todi Ponte Rio, Viale Tiberina);
- c) PAGAMENTO IN CONTANTI, ASSEGNI, ecc.... SOLO presso il suddetto Tesoriere Monte dei Paschi di Siena filiale di Todi Ponte Rio, Viale Tiberina e NON PRESSO GLI UFFICI DELL'ENTE.

6) il pagamento della retta a carico dell'utente dovrà essere effettuato **entro e non oltre il quinto giorno del mese cui si riferisce** (e la relativa fattura sarà consegnata in precedenza dall'Ente o da eventuale soggetto gestore). Nel caso di primo inserimento, la fattura è consegnata immediatamente e va pagata entro e non oltre giorni dieci dalla data di effettivo inserimento;

---

<sup>1</sup> Tale servizio attualmente è assicurato dal soggetto Gestore/ditta appaltatrice.

<sup>2</sup> Tale servizio attualmente è assicurato dal soggetto Gestore/ditta appaltatrice.

<sup>3</sup> In tal caso il rischio di spedizione rimane a carico esclusivo del mittente senza alcuna responsabilità per l'amministrazione.

- 7) **in caso di ritardato pagamento saranno applicati gli interessi di mora** pari al tasso passivo applicato dal Tesoriere all'Azienda come risultate dall'ultimo estratto conto al momento della richiesta aumentato di 3 punti percentuali. Successivamente sarà attivata l'azione di sollecito e atto di messa in mora; nel caso di esperimento del sollecito con esito negativo, si provvederà all'avvio dell'iter di riscossione coattiva anche facendo riferimento a quanto previsto dal R.D. 14 aprile 1910 n. 639;
- 8) nei giorni immediatamente precedenti l'ingresso si procederà ad un'incontro preliminare con i referenti del servizio, possibilmente attraverso visita domiciliare, al fine di acquisire le informazioni principali volte a garantire un adeguato inserimento dell'ospite presso la Residenza Protetta.

**IL SOTTOSCRITTO.....DICHIARA ALTRESI' DI:**

- a) **aver preso visione del Regolamento della residenza e di accettare incondizionatamente le norme in esso contenute e di impegnarsi a verificare con cadenza almeno trimestrale le eventuali variazioni;**
- b) **prima dell'ingresso dovrà essere consegnata tutta la documentazione prevista e debitamente restituita firmata;**
- c) **che gli avvisi di pagamento dovranno essere intestati a:**

.....

nato/a a.....il.....

residente a ..... (.....) CAP.....

Via .....

CF.....

**e recapitati a:**

.....

residente a .....(.....) CAP.....

Via .....

- d) qualora l'ospitalità dell'utente dovesse creare gravi problemi di convivenza o porre in pericolo l'incolumità e la serenità degli altri ospiti per gravi problemi comportamentali o per motivi disciplinari, i parenti o in loro vece il dichiarante, si impegnano a riprendere presso di se l'utente o a reperire idonea sistemazione in altra struttura entro il termine massimo di giorni quindici (15) dal ricevimento della comunicazione stessa;
- e) **in caso di assenza temporanea dell'utente per ricovero ospedaliero o per visita in famiglia, l'entità della retta da corrispondere è determinata nel Regolamento della Residenza Protetta;**
- f) in caso di dimissione o decesso, gli effetti personali dell'ospite dovranno essere consegnati al dichiarante ed il pagamento della retta avverrà sulla base delle presenze rilevate nell'ultimo mese.

**Letto, confermato e sottoscritto dal dichiarante.**

FIRMA

\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA PRIVACY- Regolamento (UE) 2016/679**

Il sottoscritto acconsente al trattamento dei dati personali forniti in base al regolamento UE (679/2016) e secondo le modalità descritte nella Informativa privacy della **Azienda pubblica di servizi alla persona - Residenza Protetta per Anziani- "Letizia Veralli, Giulio ed Angelo Cortesi"**, disponibile sul sito web <http://www.verallicortesi.it>

Todi \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_

\*\*\*

Firma del soggetto garante

Cognome e Nome .....

nato/a a..... il.....

residente in.....

Via.....

C.F. ....

Tel. .... cell.....

Mail o Pec:.....

in qualità di **garante** anche non rientrante nelle fattispecie di cui all'art. 433 c.c.;

Todi, \_\_\_\_\_ Firma del garante \_\_\_\_\_

Firma del soggetto che dovrà essere ricoverato (se incapace dal tutore) se la domanda è presentata da altro (garante, tenuto per legge agli alimenti, ecc...).

Todi, \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_

**Allegato documento di identità in corso di validità dei sottoscrittori**

**ATTENZIONE**

**La presente dichiarazione deve essere compilata, datata e firmata per esteso, ANCHE SUL MARGINE DESTRO DI TUTTI I FOGLI da tutti i sottoscrittori, pena l'impossibilità di essere accettata.**