

**IMPEGNO DI SPESA RELATIVO AD OSPITI DEL CENTRO DIURNO INTEGRATO**

OSPITE: \_\_\_\_\_

Residente a: \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

RICOVERO PROGRAMMATO PER IL GIORNO: \_\_\_\_\_

FAMILIARE DI RIFERIMENTO: \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

DATI INTESTATARIO FATTURA:

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

L'ospite, ovvero il familiare di riferimento, è edotto che la retta giornaliera nel Reparto assegnato dalla Direzione Sanitaria è di **€ 120,00/mese + € 17,00€ + trasporto (da o a 5km 150€/die, da 5,1 a 10 km 2,40€/die, da 10,1 a 15km 2,80€/die, oltre i 15,1km 3,00€/die)** per l'anno in corso. L'importo della stessa potrà essere soggetto a variazioni che verranno comunicate direttamente all'ospite, ovvero al familiare, che si impegna al pagamento della degenza.

Alla fine di ogni mese solare l'Ufficio Accettazione emetterà la fattura che dovrà essere pagata entro il 15 del mese solare successivo a quello di emissione, con le seguenti modalità:

- direttamente presso la tesoreria dell'Ente, Banca Cassa di Risparmio di Parma e Piacenza, filiale di San Giovanni in Croce;
- bonifico bancario, fornendo all'Ufficio Accettazione l'indirizzo e le coordinate della banca alla quale spedire la fattura.

Sono a carico dell'ospite gli oneri derivanti dalle spese sanitarie (ticket) imposti dalle normative pro-tempore vigenti.

L'Ente non risponde degli effetti personali di valore o denaro custoditi in comodini ed armadi; i pazienti hanno diritto, nel caso lo richiedano, alla custodia presso l'Ufficio Economato; detto servizio è gratuito e sarà garantito dal Lunedì al Venerdì.

Per quanto non precisato valgono le disposizioni previste dal regolamento dell'Ente.

L'ospite o il familiare nel sottoscrivere la presente nota dichiarano:

- di accettare incondizionatamente quanto in essa contenuto e si impegnano a rispettarla;
- di essere consapevoli delle sanzioni penali richiamate dall'art.76 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi.

**PER ACCETTAZIONE**

\_\_\_\_\_

**Banca d'appoggio del degente:**

Denominazione \_\_\_\_\_

Filiale \_\_\_\_\_

ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_ c/c n° \_\_\_\_\_