

All'Amministrazione  
degli I.R.C.E.R.  
Via XX Settembre, 1  
62019 RECANATI (MC)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il  
\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ e residente in  
\_\_\_\_\_ - Via \_\_\_\_\_,  
telefono n. \_\_\_\_\_,

## CHIEDE

l'ammissione al **servizio Residenza Protetta e Residenza Protetta Demenze – tipo Alberghiero**,  
annessa alla struttura residenziale di Via XX Settembre di:

cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ Stato civile \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ - Via \_\_\_\_\_  
grado di parentela \_\_\_\_\_

Ai fini di detta ammissione dichiara quanto segue:

1. il medico di famiglia Dott. \_\_\_\_\_ ha richiesto la valutazione di idoneità per l'ingresso presso la Residenza Protetta o Residenza Protetta di tipo Alberghiero;
2. di impegnarsi a pagare la retta di degenza, sottoscrivendo all'uopo la convenzione predisposta dalla Fondazione;
3. di essere consapevole che l'inserimento nella lista d'attesa, decorrerà dal giorno in cui l'Unità Valutativa Interna della Fondazione avrà predisposto la Scheda di valutazione U.V.I. R.P./R.P.D. Alberghiero.
4. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Allega la sotto indicata documentazione:

- a) autocertificazione;
- b) tessera sanitaria;
- c) documento di identità;
- d) \_\_\_\_\_
- e) \_\_\_\_\_

In fede

Recanati, lì \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_