



# CASA DI RIPOSO "PIETRO TORRIGLIA"

Fondazione di diritto privato

## DOMANDA DI AMMISSIONE

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

nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

e residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

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

Richiesta di CAMERA SINGOLA

SI

NO

Documenti da allegare alla domanda di ammissione:

- Certificato di residenza storico (solo per residenti a Chiavari)
- Fotocopia di un documento di identità in corso di validità
- Fotocopia della tessera sanitaria magnetica
- Fotocopia del Libretto sanitario cartaceo (rilasciato da ASL)
- Certificato medico attestante che il richiedente può vivere in comunità ed è esente da malattie contagiose
- Scheda di valutazione dei bisogni assistenziali
- Fotocopia del Green Pass e del Certificato vaccinale
- Modulo da Voi firmato per accettazione delle condizioni per il ricovero nella Casa di Riposo



**CASA DI RIPOSO "PIETRO TORRIGLIA"**  
Fondazione di diritto privato

Recapiti per eventuali comunicazioni:

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

Grado di parentela \_\_\_\_\_ Numero telefonico \_\_\_\_\_

Indirizzo mail \_\_\_\_\_

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

Indirizzo mail \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_ Numero telefonico \_\_\_\_\_

Data

Firma richiedente/familiare/amm. di sostegno

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**N.B.** La rinuncia al momento della chiamata comporterà l'archiviazione definitiva della domanda

**ACCETTAZIONE CONDIZIONI PER IL RICOVERO NELLA  
CASA DI RIPOSO PIETRO TORRIGLIA DI CHIAVARI**

Io sottoscritto/a	<b>C.F.</b>	
nato/a a		il
residente a		
in qualità di		di

**RELATIVAMENTE AL RICOVERO**

del/la Sig./a	<b>C.F.</b>	
nato/a a		il
residente a		indirizzo
titolare di pensione n°. cat.		

di seguito anche denominato/a "ospite"

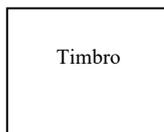
**MI IMPEGNO IRREVOCABILMENTE**

1. A corrispondere, dalla data del ricovero, alla Casa di riposo Pietro Torriglia la retta giornaliera come stabilita dalla Fondazione all'atto dell'ingresso, salvo future modifiche che fin d'ora approvo.
2. A riconoscere, fin d'ora, che la retta mensile è correlata alla fascia di punteggio della scheda AGED; pertanto la stessa potrà essere aumentata a quella relativa alla fascia superiore a seguito di nuova valutazione del grado di autosufficienza effettuata in occasione dei periodici aggiornamenti delle schede AGED.
3. A costituirmi, come mi costituisco fin d'ora, debitore liquido e reale nei confronti della Casa di riposo Pietro Torriglia delle somme che, per capitale, interessi anche moratori e spese varie (comprese le spese per medicinali, visite specialistiche, indumenti, protesi di qualsivoglia natura, onoranze funebri, ecc.), saranno dovute in relazione al ricovero di cui sopra, accettando senza alcuna riserva le scritture contabili dell'Azienda e le loro risultanze, che faranno piena prova verso di me senza possibilità di eccezioni da parte mia.
4. A riconoscere che, in caso di inadempienza dell'obbligo assunto col presente impegno, la Casa di riposo Pietro Torriglia potranno procedere giudizialmente nei miei confronti per il recupero delle somme non pagate e potranno comunque esercitare ogni possibile azione diretta sui beni che mi pervenissero prima, durante e dopo il ricovero, fino alla concorrenza dell'effettiva spesa sostenuta dalla Casa di riposo Pietro Torriglia.
5. Mi impegno inoltre ad accettare, senza riserva alcuna, il regolamento interno della Casa di riposo Pietro Torriglia che mi è stato contestualmente consegnato, congiuntamente alla carta dei servizi, e di cui do ampia quietanza, nonché ogni normativa che dovesse essere adottata.
6. Mi impegno infine, in caso di dimissione dell'ospite per inadempienze contrattuali o per sopravvenuta incompatibilità con la vita di comunità, ad assumermi l'onere di provvedere a trovare altra idonea sistemazione per l'ospite entro dieci giorni dalla Vs. comunicazione.

Allego copia documento di identità.

Chiavari,

Per la Casa di riposo Pietro Torriglia



Timbro

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

Dichiaro di essere stato edotto che il trattamento dei dati è effettuato da Casa di riposo Pietro Torriglia - titolare del trattamento - ai sensi dell'art. 6 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio dell'Unione e trattati esclusivamente da personale autorizzato per le finalità in capo agli utenti; che il responsabile del trattamento è il Presidente Sig. Sandro Morchio e che posso avvalermi delle disposizioni di cui alla sezione 2 del Regolamento (UE) 2016/679 "diritti degli interessati" di cui mi viene messa copia a disposizione.

SI

NO

Chiavari,

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

**N.B.**

In caso di ricovero ospedaliero od assenza per soggiorni in famiglia, la retta deve essere corrisposta in toto.

In caso di cessato ricovero, la retta relativa ai ricoveri a tempo indeterminato corrispondente ai giorni già pagati e non usufruiti viene restituita dall'Ufficio Amministrativo in sede di conguaglio, fatto salvo il periodo di preavviso di giorni 15 per cui la retta sarà, comunque, dovuta.

CASA di RIPOSO "PIETRO TORRIGLIA" - Fondazione di diritto privato  
 Via Preli, 4 - 16043 CHIAVARI Tel. 0185/30.77.78 Fax 0185/37.61.78  
 email: casadiri42@casadiriposotorriglia.191.it

**SCHEDA di VALUTAZIONE dei BISOGNI ASSISTENZIALI  
 per il RICOVERO di ANZIANI in ISTITUTO**

- La scheda deve essere compilata a cura del Medico di medicina generale che ha in carico il soggetto che intende presentare domanda di ammissione alla Casa di Riposo.
- Il Medico deve fornire dettagliate informazioni per ognuna delle voci elencate barrando la casella (o le caselle) che maggiormente descrive, o descrivono, lo stato psico-fisico della persona esaminata.
- Se il Sanitario ritenesse di fornire ulteriori e maggiori notizie può usufruire dello spazio in calce alla scheda.

SIG./SIG.RA \_\_\_\_\_

NATO/A a \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
(Comune) (Provincia)

RESIDENTE in \_\_\_\_\_ (N.)  
(Comune) (Via, Piazza, Corso, ecc)

**COERENZA** (comportamento adeguato alle circostanze)

sempre  a volte  mai

**ORIENTAMENTO** (nel tempo, nello spazio, riconosce le persone)

sempre  a volte  mai

**INSERIMENTO SOCIALE** (ha rapporti sociali armoniosi)

sempre  a volte  mai

**VISTA senza l'ausilio di lenti**

buona  parzialmente buona  non vedente

**VISTA con l'ausilio di lenti**

buona  parzialmente buona  non vedente

**UDITO senza uso di protesi**

- buono  parzialmente buono  sordo

**UDITO con l'ausilio di protesi**

- buono  unilaterale  bilaterale  
 parzialmente buono

**PAROLA**

- parla normalmente  difficoltà nell'esposizione  gravi turbe dell'espressione verbale

**IGIENE SUPERIORE (viso, braccia, mani)**

- autosufficiente  parzialmente autosufficiente  non autosufficiente

**IGIENE INFERIORE (bidè, bagno)**

- autosufficiente  parzialmente autosufficiente  non autosufficiente

**ABBIGLIAMENTO SUPERIORE (camicia, maglia, ecc.)**

- autosufficiente  parzialmente autosufficiente  non autosufficiente

**CONTINENZA URINARIA**

- continente  incontinente saltuario/a  incontinente

**CONTINENZA ANALE**

- continente  incontinente saltuario/a  incontinente

**MOBILIZZAZIONE da LETTO**

- si alza da solo/a  deve essere aiutato/a ma collabora  deve essere alzato/a passivamente  
 allettato (non si alza mai)

**MOBILITA' all'INTERNO della RESIDENZA**

- senza limiti  solo in camera  non si muove dal letto

**AIUTO alla MOBILITA'**

- nessun aiuto  aiuto meccanico  aiuto umano

**MOBILITA' all'ESTERNO**

- esce da solo/a  deve essere accompagnato/a  non esce mai

**IGIENE POSTO LETTO**

- riordina il letto e la stanza       necessita di aiuto       nessuna attività

**TIPO ALIMENTAZIONE**

- NORMALE       SEMILIQUIDA  
 LIQUIDA       LIQUIDA con ADDENSANTI       ALTRO

(specificare se si è barrata la casella "altro")

---

**INTOLLERANZE ALIMENTARI**

- NO       SI

(se la risposta è affermativa specificare quali)

---

---

**AIUTO all'ALIMENTAZIONE**

- nessuno       aiuto per tagliare i cibi       va imboccato e/o sorvegliato

**PATOLOGIE in essere / SOFFERENZE pregresse**

---

---

---

---

**TERAPIA/E**

---

---

---

---

**NOTE (a discrezione del medico curante)**

---

---