

**FONDAZIONE ELEONORA E LIDIA**  
**RESIDENZA SANITARIA PER DISABILI – ONLUS**  
Via Priv.Orsenigo n. 11 Figino Serenza (CO)  
Tel. 031/726539 fax. 031/782201  
C.F./P.IVA 02019250139  
e-mail: [elediafond@fondazioneeleonora.191.it](mailto:elediafond@fondazioneeleonora.191.it)  
[www.fondazioneeleonoraelidia.it](http://www.fondazioneeleonoraelidia.it)

**DOMANDA DI AMMISSIONE alla**  
**RESIDENZA SANITARIA PER DISABILI**

Io sottoscritto **FAMILIARE DI RIFERIMENTO:**

Cognome	
Nome	
Grado di parentela	
Luogo e data di nascita	
Recapiti telefonici abit./cell.	
Indirizzo/residenza	
Documento di riconoscimento	
Codice Fiscale	

Del signor (**OSPITE**)

Cognome	
Nome	
Grado di parentela	
Luogo e data di nascita	
Recapiti telefonici	
Indirizzo/residenza	
Documento di riconoscimento	
Codice Fiscale	
Stato Civile	

**CHIEDE**

Per il proprio familiare sopra citato l'ammissione alla Residenza Sanitaria per Disabili "Eleonora e Lidia" di Figino Serenza, Via M. Orsenigo n. 11, e comunica i dati degli altri

**FONDAZIONE ELEONORA E LIDIA**  
**RESIDENZA SANITARIA PER DISABILI – ONLUS**  
Via Priv.Orsenigo n. 11 Figino Serenza (CO)  
Tel. 031/726539 fax. 031/782201  
C.F./P.IVA 02019250139  
e-mail: [elediafond@fondazioneleonora.191.it](mailto:elediafond@fondazioneleonora.191.it)  
[www.fondazioneleonoraelidia.it](http://www.fondazioneleonoraelidia.it)

**FAMILIARI DI RIFERIMENTO:**

Cognome	
Nome	
Grado di parentela	
Luogo e data di nascita	
Recapiti telefonici	
Indirizzo/residenza	
Documento di riconoscimento	
Codice Fiscale	

Cognome	
Nome	
Grado di parentela	
Luogo e data di nascita	
Recapiti telefonici	
Indirizzo/residenza	
Documento di riconoscimento	
Codice Fiscale	

**E SI IMPEGNA**  
**Ai sensi dell'art. 433 del Codice Civile**

- 1) per se' e i propri eredi al pagamento puntuale, entro il giorno 10 di ogni mese, della retta di ricovero stabilita dal Consiglio di Amministrazione dell'Ente;
- 2) ad accettare sin d'ora ogni aggiornamento, variazione o aumento che Codesto Consiglio riterra' opportuno apportare alle rette in vigore, che dichiara di conoscere nella loro esatta entita';
- 3) al rispetto delle disposizioni interne emanate dai responsabili del servizio.

In caso di inadempienza agli impegni sopra assunti, l'Ospite verra' dimesso dal Centro e rimandato al sottoscritto che avra' l'obbligo di accoglierlo nella propria abitazione.

**FONDAZIONE ELEONORA E LIDIA**  
**RESIDENZA SANITARIA PER DISABILI – ONLUS**  
Via Priv.Orsenigo n. 11 Figino Serenza (CO)  
Tel. 031/726539 fax. 031/782201  
C.F./P.IVA 02019250139  
e-mail: [elediafond@fondazioneleonora.191.it](mailto:elediafond@fondazioneleonora.191.it)  
[www.fondazioneleonoraelidia.it](http://www.fondazioneleonoraelidia.it)

Qualora il sottoscritto, decidesse di rinunciare spontaneamente all'ospitalita' presso il Centro Residenziale, si impegna a darne comunicazione scritta all'Ente, con preavviso di almeno un mese altrimenti sara' tenuto a corrispondere la retta di ricovero per il periodo di mancato preavviso.

L'eventuale temporanea assenza non dara' diritto ad alcun rimborso.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_