

**Al Direttore Generale
ISTITUTO ASSISTENZA ANZIANI
Via Sandro Baganzani, 11
37124 – VERONA**

Il/la - gli sottoscritto/a/i, di seguito denominato/a/i **OBBLIGATO/A/I**, in richiamo del

CONTRATTO

Protocollo n. _____ del _____

Relativa a il/la Sig./a _____ ¹

nato/a il _____ a _____

di stato civile _____ residente a _____

in Via _____ n. _____ cap. _____

con **SVAMA**

- DA ATTIVARE
- GIÀ ATTIVATA presso _____ e in attesa di esito
- GIÀ IN POSSESSO con punteggio _____ profilo _____

accolto/a presso il seguente Centro Servizi (CS) per:

Anziani Non Autosufficienti:

- | | | |
|--------------------------|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> | AL PARCO – Via S. Baganzani, 11 – VERONA | Tel. 045/8080111 |
| <input type="checkbox"/> | LORO – Viale Caduti del Lavoro, 1 - VERONA | Tel. 045/8080111 |
| <input type="checkbox"/> | LEO CIRLA – Via Scuola Agraria, 7 – Marzana - VERONA | Tel. 045/550625 |
| <input type="checkbox"/> | DON CARLO STEEB - Via Don C. Steeb, 4 – VERONA | Tel. 045/8080810 |
| <input type="checkbox"/> | SANTA CATERINA - Via Don C. Steeb, 4 – VERONA | Tel. 045/8080810 |

OPPURE

accolto/a presso il seguente Centro Residenziale (CR) per:

Anziani autosufficienti:

- | | | |
|--------------------------|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> | DON CARLO STEEB - Via Don C. Steeb, 4 – VERONA | Tel. 045/8080810 |
| <input type="checkbox"/> | CASA FAMIGLIA VIA TAORMINA – Via Taormina, 12 – VERONA | Tel. 045/8100499 |

SOTTOSCRIVONO LA PRESENTE POSTILLA CONTRATTUALE

Protocollo n. _____ del _____

in relazione alla variazione del seguente stato:

- assegnazione all'Ospite dell'impegnativa di residenzialità
- passaggio dell'Ospite da condizioni di autosufficienza a non autosufficienza
- aggravamento dello stato di salute dell'Ospite che determina l'accoglimento presso un nucleo di assistenza a maggiore intensità assistenziale
- trasferimento presso altra stanza o altro Nucleo della stessa struttura oppure trasferimento presso altra struttura dell'Istituto, con diversa retta di degenza.

¹ Di seguito denominato "Ospite".

Allo scopo, gli obbligati si impegnano - in solido (ad eccezione dell'Amministratore di Sostegno non familiare) ad assumere il seguente nuovo obbligo contrattuale (fermo restando gli altri obblighi contrattuali già assunti nel contratto originale e sopra citato), che decorre dal giorno

e fino alle ore 24.00 dell'ultimo giorno di degenza.

La presente postilla contrattuale è completata dai seguenti allegati (se diversi rispetto a quelli relativi al contratto originale e sopra citato):

- Carta dei Servizi
- Prospetto rette di degenza applicate
- Modulo Impegno degli Obbligati
- Modulo richiesta rimborso importi a credito (se necessario)
- Modulo per il pagamento SDD

che fanno parte integrante e sostanziale del contratto stesso.

Con la sottoscrizione della presente postilla, gli obbligati rinnovano l'impegno, in solido tra loro solido (ad eccezione dell'Amministratore di Sostegno non familiare), al pagamento di tutte le spese relative al mantenimento dell'Ospite, nessuna esclusa, ovvero la **retta di degenza** stabilita con

Deliberazione n. ____ del _____ per l'anno _____ e pari ad € _____ giornaliera,

sapendo che ogni ulteriore variazione di retta gli verrà comunicato dall'Istituto Assistenza Anziani con raccomandata A/R o PEC.

La FATTURA di pagamento della retta di degenza è intestata al/la sig./ra:

ospite _____

impegnato al pagamento _____

L'indirizzo mail al quale trasmettere la certificazione per le detrazioni fiscali delle spese sanitarie, a partire dal mese di aprile di ogni anno è il seguente:

_____ @ _____

2

GLI OBBLIGATI

FIRME

Nome e Cognome dell'Ospite (o del Familiare)

Nome e Cognome del Familiare

Nome e Cognome dell'Amministratore di Sostegno

il presente contratto a favore di terzi viene sottoscritto, in nome e per conto dell'Istituto Assistenza Anziani, dal Direttore Generale.