

**CONTRATTO ACCOGLIMENTO DEFINITIVO**

<input type="checkbox"/> Posto convenzionato	<input type="checkbox"/> Posto non convenzionato
--	--

**TRA**

Il [Centro servizi alla Persona CR Morelli Bugna](#), con sede in Villafranca di Verona (VR), via Rinaldo 16, C.F. 80013390234 e P.I. 01557080239, nella persona del Direttore Dott. [Mauro Zoppi](#), d'ora in poi denominato "[Centro Servizi](#)",

**E**

il Sig./la Sig.ra (cognome) \_\_\_\_\_ (nome) \_\_\_\_\_,  
nato/nata a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_,  
in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_, codice fiscale: \_\_\_\_\_,

in qualità di futuro Ospite;

in qualità di  coniuge  figlio  parente  conoscente

\_\_\_\_\_ indicare il grado di parentela

del Signor/Signora

\_\_\_\_\_ cognome e nome e data di nascita della persona che verrà accolta

successivamente per brevità chiamato/a Ospite;

**SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE:****IL CENTRO SERVIZI****si impegna**

- ad accogliere il Sig./la Sig.ra Ospite dal giorno \_\_\_\_\_, garantendo il rispetto della Carta dei Servizi e delle norme interne in vigore;
- ad iscrivere la residenza del Sig./della Sig.ra Ospite nel Comune di Villafranca di Verona;
- ad applicare, in caso di assenza per ospedalizzazione del Sig./della Sig.ra Ospite, una detrazione pari al 25% della retta giornaliera. Il giorno di uscita e quello di rientro vengono conteggiati a retta intera.
- ad applicare, in caso di assenza per motivi diversi dall'ospedalizzazione e per un periodo non superiore a 5 giorni, una detrazione pari al 25% della retta.

**IL SIG./LA SIG.RA** \_\_\_\_\_

**dichiara**

- di aver preso visione e aver compreso il contenuto della Carta dei Servizi del [Centro servizi](#) e del Regolamento interno;
- di accettare, rispettare e far rispettare le norme interne alla struttura;

**riconosce**

- che in caso di palese incompatibilità con la struttura la persona accolta potrà essere dimessa con spese a carico dell'obbligato;

**si impegna ad effettuare prima dell'ingresso**

(in mancanza non si darà luogo all'accoglimento)

- il versamento del deposito cauzionale determinato dal Consiglio di Amministrazione.  
Il deposito verrà restituito, a seguito di dimissione, nel medesimo ammontare entro 30 giorni dal pagamento del saldo dovuto;
  - l'attivazione del servizio di domiciliazione bancaria (RID) per il pagamento della retta giornaliera prevista per la sistemazione in  stanza singola  stanza **multipla**  stanza **doppia ala nuova**.  
L'ammontare della retta viene determinato annualmente dal Consiglio di Amministrazione;
- la consegna all'assistente sociale del **Centro servizi** di tutta la documentazione richiesta;

**si impegna inoltre**

- **al pagamento della retta, annualmente deliberata dal Consiglio di Amministrazione;**
- in caso di mancato buon fine dell'addebito RID, al pagamento di quanto dovuto entro 10 giorni dal ricevimento della fattura; nel caso contrario si impegna, da subito, a riprendere in carico il Sig./la Sig.ra Ospite autorizzando il **Centro servizi** alle conseguenti dimissioni;
- in caso di conservazione del posto per giorni n. \_\_\_\_\_ , prima dell'effettivo ingresso, a corrispondere l'intera retta giornaliera;
- in caso di dimissioni anticipate, a corrispondere la retta al 100% per i giorni di mancato preavviso;
- nel caso di spostamento, in corso di contratto, in stanza di tipologia diversa, a versare la retta corrispondente;
- a riconoscere il rimborso di eventuali danni cagionati dal Sig./dalla Sig.ra Ospite;
- a sottostare agli indirizzi dati dal **Centro servizi** per quanto riguarda la scelta del medico;
- a comunicare all'assistente sociale o alla coordinatrice socio assistenziale di piano eventuali cambiamenti di residenza o domicilio;

**autorizza il Centro servizi**

- a provvedere, in caso di mancato pagamento della retta mensile o di altro mancato adempimento degli obblighi contrattuali, al rientro del Sig./della Sig.ra Ospite a domicilio, addebitandone l'eventuale costo. Resta ferma la facoltà del **Centro servizi** di adire le vie legali con denuncia di abbandono;
- ad effettuare eventuali spostamenti di reparto o di stanza del Sig./della Sig.ra Ospite, per motivi organizzativi o sanitari, valutati dall'assistente sociale in collaborazione con la coordinatrice socio assistenziale di piano;

Il **Centro servizi** non dispone di un servizio di custodia pertanto declina ogni responsabilità in caso di smarrimento o furto di oggetti di valore portati in struttura.

Il presente contratto ha durata indeterminata e decorre dal giorno della sottoscrizione. Le parti potranno recedere dal medesimo con preavviso di almeno 5 giorni.

Letto, approvato e sottoscritto.

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma

IL DIRETTORE  
**Dott. Mauro Zoppi**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_