



Istituto Romano di
San Michele

Azienda Pubblica di Servizi alla Persona

Regolamento della Casa di Riposo

Indice

Articolo 1	Finalità della Struttura	pag. 2
Articolo 2	Modalità di ammissione e dimissione degli ospiti	pag. 2
Articolo 3	Ammontare e modalità di corresponsione della retta	pag. 4
Articolo 4	Materiale occorrente per l'ospite	pag. 5
Articolo 5	Scelta del medico di famiglia	pag. 5
Articolo 6	Orario dei pasti	pag. 5
Articolo 7	Visite di familiari e amici	pag. 6
Articolo 8	Norme di corretta convivenza	pag. 6
Articolo 9	Assistenza privata	pag. 7
Articolo 10	Informativa privacy	pag. 8
Articolo 11	Disposizioni finali	pag. 9

Articolo 1

Finalità della struttura

La Casa di Riposo è una struttura residenziale socio-assistenziale fino a 80 posti letto che ha lo scopo di ospitare ed assistere persone anziane di età superiore ai 65 anni, autosufficienti e/o parzialmente autosufficienti che non necessitano di assistenza sanitaria e presenza infermieristica, ma di un aiuto parziale non continuo nel compiere le attività della vita quotidiana.

La Casa di Riposo può accogliere anche persone di età inferiore ai 65 anni, che versino in condizioni di particolare stato di bisogno, previa valutazione dell'équipe multidisciplinare dell'ASP composta da: Medico Responsabile, Coordinatrice Infermieristica, Assistente Sociale e Psicologa.

Nella struttura residenziale, oltre alle prestazioni di tipo alberghiero, vengono assicurati interventi culturali e ricreativi al fine di promuovere la partecipazione dell'anziano alla vita sociale del territorio.

Articolo 2

Modalità di ammissione e dimissione degli ospiti

Per essere ammessi in Casa di Riposo occorre presentare apposita domanda scaricabile dal sito dell'Istituto Romano di San Michele (www.irmsm.it).

La domanda di ammissione, pervenuta all'Ufficio Accettazione e all'Assistente Sociale, viene trasmessa al Medico Responsabile per la visita di idoneità che sarà svolta in équipe, al fine di valutare l'autosufficienza o parziale autosufficienza del richiedente, nonché i bisogni personali di relazione e socializzazione.

Il Medico Responsabile potrà chiedere all'anziano al momento della visita di ammissione ulteriore documentazione a completamento o aggiornamento delle informazioni sanitarie.

La mancata o incompleta presentazione dei documenti sanitari o amministrativi sospenderà l'iter di ammissione in Casa di Riposo.

L'Ufficio Ammissioni dell'ASP predispone una lista di attesa basata sulla data di presentazione delle domande e l'Istituto può derogare, dall'ordine di arrivo delle stesse, solo nei casi segnalati dai servizi sociali territoriali attraverso opportuna relazione, di concerto con l'Assistente Sociale e/o la Psicologa dell'ASP che condivideranno la valutazione in équipe.

Nel caso di idoneità all'ammissione in Casa di Riposo, la Coordinatrice Infermieristica prenderà contatto con l'anziano o con i familiari di riferimento per definire le modalità di ingresso in struttura.

La permanenza definitiva dell'ospite è subordinata ad un periodo di inserimento/accoglienza di 60 giorni, allo scopo di accertare la sua idoneità psico-fisica alla vita comunitaria e all'organizzazione della struttura.

La stanza e/o il posto letto viene assegnata/o dalla Coordinatrice Infermieristica, che ha facoltà di trasferire l'ospite in una stanza diversa, qualora ciò sia richiesto dalle esigenze della vita comunitaria o dalle mutate condizioni fisiche dell'ospite medesimo.

La dimissione dell'ospite può essere volontaria o formalizzata dal Medico Responsabile, a seguito di valutazione in équipe, nel caso intervengano nuove problematiche sanitarie, tali da rendere incompatibile la permanenza dell'anziano in Casa di Riposo e, comunque, sempre nel rispetto dei tempi necessari alla presentazione della domanda per altra struttura idonea a garantire all'anziano la migliore assistenza specialistica.

In tali ipotesi la Coordinatrice Infermieristica comunicherà formalmente, tramite protocollo, all'ospite e/o ai familiari di riferimento/tutore/amministratore di sostegno, la necessità di presentare la richiesta di valutazione per inserimento in struttura idonea alla ASL di competenza, al fine di attivare la procedura di trasferimento del paziente ad altro setting assistenziale.

Nel caso in cui la predetta procedura non venga attivata, dal familiare di riferimento/tutore/amministratore di sostegno, entro 30 giorni dalla comunicazione formale, gli stessi verranno formalmente convocati dall'équipe della struttura per un colloquio finalizzato a rappresentare i necessari sviluppi della situazione a tutela del paziente.

Qualora, all'esito di quanto esposto, permarrà uno stato di inerzia nell'attivazione della procedura, l'ASP provvederà a segnalare il caso al Giudice Tutelare per gli interventi di competenza.

L'ospite è dimesso qualora non rientri, senza giustificato motivo o preavviso, dopo un periodo di assenza dalla Casa di Riposo, entro i termini concordati. Quando l'assenza superi i 4 mesi, si procederà comunque alle dimissioni, salvo che l'assenza stessa sia dovuta a ricovero ospedaliero, nel qual caso verrà conservato il diritto al posto letto con l'obbligo del pagamento della retta di ospitalità nella misura determinata dalle norme regolamentari.

L'ospite può essere, altresì, dimesso in caso di mancato rispetto delle norme di corretta convivenza o di mancato pagamento della retta, come si evince dagli articoli 3 e 8 del presente Regolamento.

Articolo 3

Ammontare e modalità di corresponsione della retta

La retta di ospitalità è individuata sulla base della condizione di autosufficienza o di parziale autosufficienza della persona, stabilita dal Medico Responsabile della struttura all'esito della visita di ammissione svolta in équipe.

L'ospite o i familiari/referenti, prima dell'ammissione in Casa di Riposo devono versare un deposito cauzionale infruttifero pari a numero due mensilità intere presso la Tesoreria dell'ASP. Tale deposito, in caso di dimissioni o decesso dell'ospite, verrà restituito entro il trentesimo giorno dalla presentazione di apposita richiesta da parte di soggetto legittimato, a mezzo bonifico bancario per l'importo intero se le rette risultano saldate, oppure al netto delle rette ancora dovute.

Gli ospiti sono tenuti al pagamento di una retta di ospitalità e l'obbligo si estende ai familiari civilmente obbligati e a tutti coloro che all'atto della domanda di ammissione abbiano prestato garanzia secondo l'ordine previsto dall'art. 433 del codice civile, per i vincoli di solidarietà familiare derivanti dal rapporto di parentela o di affinità.

Per l'ammontare e le modalità di corresponsione della retta presso l'Ufficio Accettazione sarà disponibile apposito modulo informativo.

Le rette di ospitalità possono essere riconfermate annualmente o subire un adeguamento secondo i parametri di legge.

La retta è attualmente determinata in:

- 1.239,82 euro/mese per anziani autosufficienti in camera singola;
- 956,52 euro/mese per anziani autosufficienti in camera doppia;
- 1.433,85 euro/mese per anziani parzialmente autosufficienti.

La fascia di retta attribuita ad ogni ospite, nei limiti sopra indicati, può subire variazioni in corso d'anno a causa del mutamento dello stato di salute degli stessi (passaggio dalla condizione di autosufficienza a quella di parziale autosufficienza) stabilita dal Medico Responsabile della struttura a seguito di valutazione multidisciplinare in équipe.

L'ospite ed i familiari civilmente obbligati sono tenuti ad eseguire il pagamento della retta entro il quinto giorno del mese in corso, direttamente alla Tesoreria dell'ASP a mezzo bonifico bancario.

In caso di mancato pagamento della retta, per oltre due mesi, l'Istituto pone in essere le azioni volte al recupero delle somme dovute e, in caso di esito negativo, promuove la dimissione dell'ospite, fermo restando l'incameramento del deposito cauzionale al netto delle rette ancora dovute e ogni azione legale opportuna.

L'obbligo della corresponsione della retta persiste anche nei casi di temporanea assenza anche se l'ammontare della stessa viene ridotto per tutti gli ospiti ed è determinato nella misura del 50% solo nel caso di ricovero ospedaliero documentato e certificato a partire dal 16^{mo} giorno di assenza.

L'ospite che desidera assentarsi per qualche giorno dalla struttura dovrà darne comunicazione preventiva indicando la durata dell'assenza ed il termine di rientro previsto.

È prevista per gli ospiti ex dipendenti dell'Istituto Romano di San Michele una riduzione della retta pari al 10%.

La retta comprende vitto, alloggio e tutti i servizi assistenziali ed alberghieri predisposti dalla Casa di Riposo nei termini di legge, meglio specificati nella Carta dei Servizi.

Articolo 4

Materiale occorrente per l'ospite

L'occorrente per il soggiorno dell'ospite nella casa di riposo è il seguente:

- ricambio intimo e ricambi per la notte;
- vestaglia;
- abiti adatti alla stagione di facile vestibilità e/o tute da ginnastica comode;
- calzatura da camera e da esterno (comode, basse e con stretch).

Articolo 5

Scelta del medico di famiglia

Salvo diversa volontà espressa dall'interessato o del referente, appositamente interpellato, al momento dell'ingresso dell'ospite nella Casa di Riposo, la scelta del Medico di famiglia viene individuata tra i Medici di Medicina Generale che operano nel territorio.

Articolo 6

Orario dei pasti

I pasti di norma vengono forniti con il seguente orario:

- prima colazione ore 8:30;
- pranzo ore 12:30;
- merenda ore 16:00;
- cena ore 18:30.

Gli ospiti sono tenuti a comunicare preventivamente al personale in servizio le eventuali assenze ai pasti, nonché le assenze dalla struttura residenziale per una o più giorni e nei casi di rientro serale dopo le ore 21:00.

I pasti possono essere serviti nella propria stanza esclusivamente se l'ospite ha problemi contingenti di salute certificati dal Medico Responsabile della struttura.

Articolo 7

Visite di familiari e amici

Familiari e amici possono far visita al proprio caro, tutti i giorni dalle 10:00 alle 12:00 e dalle 16:00 alle 17:30, e uscire con l'anziano se le condizioni di salute lo consentono.

La struttura è chiusa, per motivi di sicurezza, durante la notte (dalle ore 21:00 alle ore 8:00).

È necessario che i visitatori escano dalle camere durante gli interventi assistenziali per il rispetto della privacy degli utenti e tengano in considerazione le esigenze di tranquillità e riservatezza degli ospiti adottando un comportamento adeguato.

Articolo 8

Norme di corretta convivenza

Le attività assistenziali si conformano il più possibile ai ritmi e alle abitudini della persona compatibilmente con le esigenze della comunità.

All'interno della Casa di Riposo e nell'ambito delle attività ed iniziative socio-ricreative gli ospiti devono tenere un comportamento dignitoso e corretto tale da permettere il regolare funzionamento dei servizi e una serena convivenza.

È preciso dovere dell'ospite mantenere in buono stato la stanza e gli spazi comuni con i relativi impianti e attrezzature.

Gli ospiti e i familiari si impegnano a:

- osservare le regole di ordine e igiene dell'ambiente;
- osservare il divieto assoluto di fumare all'interno dei locali e negli ambienti di vita della

Casa di Riposo;

- mantenere in buono stato l'alloggio, gli impianti e le apparecchiature che vi si trovino installate nonché adeguarsi alle disposizioni della Casa di Riposo al fine di garantire la perfetta utilizzazione;

- accompagnare con il proprio mezzo l'ospite anziano presso il presidio ospedaliero per le visite specialistiche;

- segnalare l'eventuale cattivo funzionamento degli impianti e delle apparecchiature dell'alloggio agli uffici amministrativi;
- osservare il silenzio nei seguenti orari nei locali comuni dalle ore 22:00 alle ore 7:00, nell'alloggio e nelle zone notte dalle ore 13:30 alle ore 15:30 e dalle ore 21:00 alle ore 7:00;
- risarcire l'ASP San Michele dei danni arrecati volontariamente o per incuria e trascuratezza.

Agli ospiti ed ai familiari è fatto divieto di:

- effettuare la riparazione o la manomissione delle attrezzature e apparecchiature;
- lavare e stendere capi di biancheria;
- usare apparecchi rumorosi che possono comunque arrecare disturbo agli altri ospiti;
- gettare immondizie, rifiuti o acqua fuori dalla finestra;
- gettare nel water, nel bidet, nel lavabo qualsiasi materia grassa e di altra natura, tale da otturare e nuocere al buono stato delle condutture;
- asportare da sale e locali oggetti e arredamenti che ne costituiscono arredo;
- ospitare nella camera nelle ore notturne persone estranee alla residenza, qualunque sia il legame di parentela o di amicizia con l'ospite;
- tenere all'interno della propria camera animali, scaldini, fornelli, condizionatori o altri oggetti simili.

La struttura non assume alcuna responsabilità per oggetti, anche di valore, o denaro conservati direttamente e personalmente dagli ospiti.

La stanza può essere in parte personalizzata con oggetti e suppellettili di proprietà dell'ospite previa autorizzazione della Coordinatrice Infermieristica che verifica l'eventuale incompatibilità con le norme di sicurezza vigenti e con le comuni norme di convivenza.

L'ospite è dimesso dalla struttura nel caso in cui non rispetti le norme contenute nel presente articolo e ponga, pertanto, in essere comportamenti contrari alle norme di corretta e civile convivenza, tali da non garantire più un ambiente sano e armonioso, sia a livello individuale che collettivo.

Articolo 9

Assistenza privata

La Casa di Riposo accetta all'interno della propria struttura, previo colloquio conoscitivo con la Coordinatrice Infermieristica, la presenza di personale ausiliario privato che presta una serie di attività personalizzate a favore di un singolo ospite. La spesa e tutti i rapporti di tipo economico, previdenziale e assicurativo sono a carico dell'ospite assistito o dei familiari.

La Casa di Riposo non si assume alcuna responsabilità per l'opera svolta dal personale ausiliario privato che in nessun modo sostituisce il personale di assistenza.

Articolo 10

Informativa privacy

L'ASP Istituto Romano di San Michele, con sede in P.le Antonio Tosti n. 4, 00147 Roma, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, ai sensi e per gli effetti del Reg.to UE 2016/679 di seguito GDPR, raccoglie e utilizza i dati personali degli ospiti e dei loro familiari/tutori per la gestione del soggiorno e dell'assistenza.

Le tipologie di dati trattati riguardano tanto i dati personali comuni (es. nome, cognome, indirizzo, contatti, dati dei familiari/tutori, dati amministrativi) quanto i dati particolari (es. informazioni sullo stato di salute, cartella clinica, prescrizioni mediche, relazioni sociali).

La finalità del trattamento riguarda: a) la gestione amministrativa, contrattuale e assistenziale dell'ospite; b) l'erogazione dei servizi socio-sanitari e di cura; c) la comunicazione con familiari/tutori legali; d) l'adempimento di obblighi di legge e di sicurezza sanitaria; e) la gestione dei rapporti con enti pubblici, ASL, medici e autorità competenti; f) finalità di archiviazione, statistica o miglioramento della qualità dei servizi.

La base giuridica del trattamento dei dati attiene all'esecuzione del contratto o a misure precontrattuali, agli obblighi legali e regolamentari, alla tutela degli interessi vitali dell'interessato, al consenso espresso per specifici trattamenti (es. comunicazioni sanitarie o attività ricreative).

Il trattamento avviene nel rispetto dei principi di liceità, correttezza, trasparenza e minimizzazione dei dati, mediante strumenti cartacei e informatici idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza.

I dati possono essere comunicati a personale sanitario e amministrativo interno, enti pubblici, ASL, medici curanti e specialisti, autorità competenti, enti previdenziali e assicurativi, consulenti o fornitori di servizi strettamente connessi all'attività della Casa di Riposo. Non è previsto il trasferimento dei dati fuori dall'Unione Europea.

I dati saranno conservati per tutta la durata del rapporto contrattuale e successivamente per il tempo necessario al rispetto degli obblighi di legge.

L'interessato può esercitare i diritti previsti dagli artt. 15–22 del GDPR, tra cui accesso, rettifica, aggiornamento o cancellazione dei dati, limitazione o opposizione al trattamento, portabilità dei dati, revoca del consenso, senza pregiudicare la liceità del trattamento precedente.

Il responsabile della protezione dei dati (DPO) designato dal titolare ai sensi dell'art. 37 del GDPR è contattabile al seguente recapito e-mail: responsabileprotezionedati@irmsm.it.

Articolo 11

Disposizioni finali

Per quanto non previsto nel presente Regolamento si osserva quanto statuito nelle disposizioni nazionali e regionali vigenti in materia.



Istituto Romano di
San Michele

Azienda Pubblica di Servizi alla Persona

**Domanda di ammissione
in Casa di Riposo**

Documento aggiornato al 4 novembre 2025



Domanda di ammissione in Casa di Riposo “Toti”
ed autocertificazione ex artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

Il/La sottoscritto/a (cognome e nome) _____

CHIEDE

di essere ammesso/a nella Casa di Riposo dell'Istituto Romano di San Michele, preferibilmente in camera (singola/doppia) _____;

DICHIARA

di aver preso conoscenza delle disposizioni contenute nel Regolamento e nella Carta di Servizi e di accettarne integralmente il contenuto;

SI IMPEGNA

- a corrispondere la retta mensile entro il quinto giorno del mese in corso essendo informato/a e consapevole dell'attuale ammontare della retta (come riportato nella scheda – **All.to A**);
- a corrispondere i successivi adeguamenti (maggiorazioni o diminuzioni) delle rette deliberati dall'Amministrazione e/o disposti dal competente Municipio, che dovessero intervenire durante tutto il periodo di permanenza in Istituto anche a seguito delle mutate condizioni da autosufficienza a parziale autosufficienza dell'ospite;
- a costituire un deposito cauzionale infruttifero, versando all'Istituto, al momento dell'ammissione presso la Casa di Riposo, tramite bonifico bancario o postale, una somma pari a numero due mensilità;
- a lasciare la Casa di Riposo in caso di morosità nel pagamento della retta per oltre due mesi o in caso di inadempienza delle obbligazioni assunte;
- a lasciare la Casa di Riposo in caso di mancato rientro entro i termini concordati, senza giustificato motivo o preavviso, dopo un periodo di assenza, o comunque quando l'assenza superi i quattro mesi, salvo l'ipotesi in cui sia dovuta a ricovero ospedaliero.



Ai fini della presente domanda il/la sottoscritto/a

dichiara

a) di essere nato/a il _____ in _____ (____);

b) di essere residente in _____ (____) Via/P.za/L.go _____
n. _____ cap _____ ;

c) di essere domiciliato/a (se diverso dalla residenza) in _____ (____)
Via/P.zza/L.go _____ n. _____ cap _____ ;

d) che il proprio codice fiscale è _____ ;

e) che il proprio recapito telefonico è _____ cell. _____ ;

f) che la **persona** a cui **fare riferimento** in caso di bisogno è:

Cognome _____ Nome _____

Residente a _____ (Prov. ____) in Via/P.zza/L.go _____
_____ n. _____ Tel./Cell. _____

grado di parentela _____

Cognome _____ Nome _____

Residente a _____ (Prov. ____) in Via/P.zza _____
_____ n. _____ Tel./Cell. _____

grado di parentela _____

g) che il **medico curante** è:

Dott. _____ Tel./Cell. _____

Indirizzo dell'ambulatorio _____

h) che lo **stato di famiglia** è il seguente:

eventuale **coniuge** (cognome - nome) _____ nato/a il
_____ in _____ (____)

figli (in mancanza dei figli, i nipoti in linea discendente):

Cognome e nome	Indirizzo



fratelli/sorelle/eventuali parenti:

Cognome e nome	Indirizzo

i) pensione tipo:

- ANZIANITÀ-VECCHIAIA (VO) REVERSIBILITÀ INVALIDITÀ SOCIALE (IO)
 ALTRO (indicare) _____ NESSUNA PENSIONE

l) invalidità civile:

- IN CORSO RICONOSCIUTA AL _____ % DOMANDA NON PRESENTATA

m) indennità di accompagnamento:

- NON RICONOSCIUTA RICONOSCIUTA (indicare il tipo) _____
 IN ATTESA DOMANDA NON PRESENTATA

n) riconoscimento L. 104/92:

- IN CORSO SI NO DOMANDA NON PRESENTATA

o) di essere a conoscenza che l'ammissione è subordinata ad un periodo di inserimento/accoglienza di 60 (sessanta) giorni, trascorsi i quali, se l'ospite non risulterà idoneo ne conseguirà che:

- il firmatario della dichiarazione di impegno sarà tenuto a ricondurre l'ospite presso il suo domicilio;
- per gli ospiti che non hanno un referente firmatario della dichiarazione di impegno si provvederà da parte dell'Istituto alle dimissioni d'ufficio;

p) di essere a conoscenza che, in caso di ritardato pagamento della retta, l'Istituto applicherà un interesse di mora pari al tasso legale;

q) di essere a conoscenza che il posto letto presso la Casa di Riposo viene conservato in caso di ricovero ospedaliero con l'obbligo del pagamento della retta di ospitalità nella misura determinata dalle norme regolamentari.



Si allegano alla presente domanda i seguenti documenti:

1. documento di riconoscimento in corso di validità;
2. certificato di pensione (mod. INPS “OBIS/M” e CUD o equipollente documento rilasciato da altro Ente);
3. tessera sanitaria;
4. questionario sanitario (a cura del medico di base) – **All.to B**;
5. certificato attestante l’esonero da malattie infettive (a cura del medico di base);
6. dichiarazione di impegno da parte di un familiare o referente – **All.to C**;
7. HBsAG;
8. HCV;
9. esami ematochimici non antecedenti a sei mesi;
10. elettrocardiogramma con visita cardiologica recente (non antecedente a sei mesi);
11. RX torace non antecedente ad un mese;
12. informativa sulla privacy – **All.to D**
13. policy anticorruzione – **All.to E**.

Il/La sottoscritto/a è consapevole che:

- tutta la documentazione sanitaria esibita sarà visionata dal Medico Responsabile della struttura;
- sulla base della valutazione multidimensionale effettuata dall’equipe competente sarà espresso un giudizio di idoneità per l’ingresso in Casa di Riposo.

Roma, / /

(Firma dell’interessato/a)



Istituto Romano di
San Michele

RETTA DI RICOVERO MENSILE IN VIGORE PRESSO LA CASA DI RIPOSO

	CAMERA SINGOLA	CAMERA DOPPIA
OSPITE AUTOSUFFICIENTE	euro 1.239,82	euro 956,52
OSPITE PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE	euro 1.433,85	



All.to B

RELAZIONE MEDICA (a cura del Medico di Medicina Generale)

Cognome e nome _____
nato/a a _____ (Prov. _____) il _____,
residente a _____ (Prov. _____) Via/P.zza _____
_____ n. _____, tel./cell. _____,
stato civile _____, libretto SSN _____,
vive da solo _____, istituzionalizzato negli ultimi 5 anni
_____ (se SI dove _____),
condizioni generali _____,
anamnesi patologica remota _____

anamnesi patologica prossima _____

apparato cardiovascolare _____

pressione arteriosa _____ FC _____ altezza _____ Peso Kg _____,
apparato respiratorio _____,
addome _____,
Continenza urinaria e intestinale _____

Interventi chirurgici subiti _____

Vista, udito _____.
Stato cognitivo ed eventuali disturbi comportamentali (wandering, aggressività, allucinazioni) _____

Patologie psichiatriche _____



Autonomie motorie (spostamenti, stazione eretta, deambulazione con o senza ausili)

ANNOTAZIONI (eventuali certificazioni sanitarie o cartelle cliniche, esami specialistici, ecc.) ____

Terapia farmacologica in atto _____

Allergie a farmaci e/o alimenti _____

Il sottoscritto Medico di Medicina Generale dichiara di aver visitato il/la paziente.

Roma, li _____

(Timbro e firma del Medico) _____



All.to C

DICHIARAZIONE DI IMPEGNO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
(_____), il _____, CF _____, residente in
_____ (_____) Via/P.za _____ n. _____,
documento di riconoscimento (**di cui si allega copia**) _____ rilasciato da
_____ il _____ con scadenza _____,
recapito telefonico _____, e-mail _____, pec
_____ in _____ qualità _____ di
_____ del Sig./della Sig.ra
_____ ,

DICHIARA

di aver preso conoscenza delle disposizioni contenute nel Regolamento e nella Carta dei Servizi di questa Casa di Riposo e di accettarne integralmente il contenuto;

SI IMPEGNA

nei confronti dell'Istituto Romano di San Michele ad ottemperare ai seguenti obblighi di carattere economico e comportamentale:

- al pagamento della retta di soggiorno dovuta dall'ospite per tutto il periodo di permanenza in Casa di Riposo;
- all'eventuale pagamento di una retta differenziata disposta a seguito di adeguamenti deliberati dall'Amministrazione e/o disposti dal competente Municipio, che dovessero intervenire durante tutto il periodo di permanenza in Istituto anche a seguito delle mutate condizioni di autosufficienza dell'ospite;
- a corrispondere all'Istituto, in caso di ritardo nell'adempimento dell'obbligazione di pagamento, un interesse di mora pari al tasso legale;
- al pagamento di eventuali oneri a carico dell'ospite;
- al versamento, all'atto dell'ingresso in Casa di Riposo, in favore dell'Istituto, a mezzo bonifico bancario o postale, di una somma pari a due mensilità quale deposito cauzionale infruttifero;
- a ricondurre l'ospite nel proprio domicilio nei seguenti casi di dimissione:
 - 1) mancato superamento della prova di ospitalità al termine dei primi 60 giorni;
 - 2) infrazione alle norme che regolano la vita comunitaria della Casa di Riposo;
 - 3) sopraggiunte infermità fisiche e/o psichiche tali da non rendere possibile l'ulteriore permanenza dell'anziano nella struttura;
 - 4) morosità, per mancato pagamento della retta, per oltre due mesi o comunque in caso di inadempimento delle obbligazioni assunte.

Roma, / / _____

All.ta informativa sul trattamento dei dati personali.

(Firma)



INFORMATIVA REFERENTI DEI PAZIENTI

<https://www.privacylab.it/informativa.php?21931469169>

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara di avere preso visione e letto in ogni sua parte la sopra estesa informativa di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016.

Luogo _____ Data _____ Firma dell'interessato _____



All.to D

INFORMATIVA PAZIENTI

<https://www.privacylab.it/informativa.php?21931469160>

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara di avere preso visione e letto in ogni sua parte la sopra estesa informativa di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016.

Luogo _____ Data _____ Firma dell'interessato _____



All.to E

POLICY ANTICORRUZIONE

<https://www.irsm.it/wp-content/uploads/2024/04/ALL.-2-POLITICA-ISO.pdf>

Il/la sottoscritto/a _____ dichiara di avere preso visione e letto in ogni sua parte la sopra estesa policy anticorruzione.

Luogo _____ Data _____ Firma dell'interessato _____



Istituto Romano di
San Michele

DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE E ACCETTAZIONE
DEL REGOLAMENTO E DELLA CARTA DEI SERVIZI DELLA CASA DI RIPOSO

Io sottoscritto/a _____ nato/a a
_____ (____) il _____

Io sottoscritto/a _____ nato/a a
_____ (____) il _____ in qualità di
_____ del/la sig./sig.ra _____

richiedente l'ammissione in Casa di Riposo consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARO

sotto la mia personale responsabilità:

- 1) di aver preso visione e di accettare integralmente il Regolamento e la Carta dei Servizi della Casa di Riposo dell'ASP Istituto Romano di San Michele;
- 2) di possedere una copia di entrambi e di impegnarmi a rispettare le prescrizioni contenute nei suddetti documenti.

Luogo/Data _____

Firma _____