

## CONTRATTO DI ACCOGLIMENTO

DEFINITIVO  
 TEMPORANEO dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Posto CONVENZIONATO

Posto NON CONVENZIONATO

Autosufficiente o Parzialmente autosufficiente

Non autosufficiente

### TRA

L'Istituto Assistenza Anziani - I.A.A. "Villa Spada", con sede in Caprino Veronese – VR, Via Aldo Moro nr. 125, C.F. 8100068 023 1 e P.I. 0157368 023 6, nella persona del Direttore Dott.ssa Roberta Tentonello, d'ora in poi denominato "Ente",

### E

Il Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_  
Documento (specificare tipologia e numero) \_\_\_\_\_  
In qualità di \_\_\_\_\_

Il Sig./la Sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Indirizzo di posta elettronica \_\_\_\_\_  
Documento (specificare tipologia e numero) \_\_\_\_\_  
In qualità di \_\_\_\_\_

del Sig./della Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Codice Sanitario \_\_\_\_\_  
Dati pensionistici \_\_\_\_\_

successivamente, per brevità chiamato/a Ospite;

## SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE:

### L'ENTE

#### si impegna

- ad accogliere il Sig./la Sig.ra Ospite dal giorno \_\_\_\_\_, garantendo il rispetto della Carta dei Servizi e nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento Accoglimento Ospiti.
- ad applicare, in caso di assenza per ospedalizzazione del Sig./della Sig.ra Ospite, una decurtazione pari importo stabilito all'occorrenza dal Consiglio di Amministrazione. Il giorno di uscita e quello di rientro vengono contabilizzati a retta intera.
- ad applicare, in caso di assenza diversa dall'ospedalizzazione, per l'intera durata dell'assenza, la retta intera prevista per la tipologia di accoglimento in essere e secondo gli importi stabiliti dall'Ente. Per gli ospiti accolti con Impegnativa di Residenza, la retta intera applicata è da intendersi comprensiva del contributo regionale.

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

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

#### dichiarano

- di aver preso visione e accettato incondizionatamente il contenuto della Carta dei Servizi e del Regolamento Accoglimento Ospiti.
- di accettare, rispettare e far rispettare le norme interne alla struttura.

#### riconoscono

- che, in caso di palese incompatibilità con la struttura, l'Ente può procedere alla dimissione dell'Ospite con spese a carico dell'obbligato. A titolo esemplificativo e non esaustivo:
  - condotta che sia di disturbo per gli altri ospiti o che sia di impedimento al regolare svolgimento del servizio del personale o dell'attività dell'Ente o che sia incompatibile con la vita comunitaria;
  - incompatibilità della permanenza sotto il profilo psico-sanitario accertata dalle autorità Sanitarie competenti;
  - gravi e ripetute condotte contrarie alle disposizioni organizzative dell'Ente da parte dell'Ospite, dei suoi familiari o dei suoi referenti;
  - rifiuto delle scelte organizzative e logistiche dell'Ente da parte dell'Ospite, dei suoi familiari o dei suoi referenti.

#### si impegnano

(in mancanza non si darà luogo all'accoglimento)

- a stipulare il presente contratto a favore dell'Ospite non autosufficiente.
- a raccogliere la firma del presente contratto anche da parte dell'Ospite se autosufficiente o parzialmente autosufficiente. Qualora, fosse presente una condizione di impossibilità alla firma da parte dell'Ospite, i contraenti si impegnano a dichiarare tale impossibilità, assumendo la responsabilità della richiesta di accoglimento e assicurando, ove possibile, la comunicazione all'Ospite interessato.
- ad assumere e garantire disgiuntamente l'onere del pagamento della retta giornaliera corrispondente all'importo determinato annualmente dal Consiglio di Amministrazione, accettando sin d'ora tutte le modifiche.  
Il pagamento è posticipato e dovrà avvenire tramite addebito SDD (modalità consigliata e preferibilmente richiesta dall'Ente) o tramite bonifico bancario da effettuare entro 30 giorni dal ricevimento della fattura.  
Il pagamento della retta tramite addebito SDD è obbligatorio per gli accoglimenti che avvengono in regime privato.  
Nel caso di intervento economico integrale o parziale da parte del Comune di residenza dell'Ospite, il presente impegno è sostituito/integrato dalla delibera di assunzione della spesa da parte del Comune che i contraenti si impegnano a consegnare all'Ente.
- a riconoscere all'Ente gli interessi per eventuali ritardi nell'adempimento degli obblighi di pagamento, calcolati in applicazione di quanto previsto dal D.Lgs. 231/2002 successivamente modificato dal D.Lgs. 192 del 09.11.2012.
- per l'Ospite accolto a titolo definitivo o per un periodo pari o superiore ad un mese, a versare, entro e non oltre la data concordata per l'ingresso, quanto dovuto per una mensilità o di importo diverso stabilito all'occorrenza dal Consiglio di Amministrazione.

Qualora il periodo di accoglimento fosse inferiore ad un mese, dovrà essere versata anticipatamente, entro e non oltre la data concordata per l'ingresso, quanto dovuto per l'intero periodo richiesto.

Alla conclusione del periodo di accoglienza, effettuati i dovuti controlli contabili, si procederà all'eventuale conguaglio.

La somma non è richiesta quando al pagamento della retta provvede un ente pubblico, ma va versata dagli obbligati entro 5 giorni dall'eventuale subentro all'ente pubblico.

- al pagamento di tutte le spese, nessuna esclusa, relative al mantenimento dell'Ospite, non comprese nell'importo della retta, ed eventuali maggiorazioni nel caso in cui, in rapporto allo stato di salute psico-fisico dell'Ospite, quest'ultimo necessitasse di interventi assistenziali diversi da quelli previsti dalla Carta dei Servizi.
- a corrispondere l'intera retta giornaliera per i giorni di conservazione del posto, prima dell'effettivo ingresso, nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento Accoglimento Ospiti.
- in caso di dimissioni anticipate, indipendentemente dall'avvenuto accoglimento dell'Ospite, a corrispondere la retta al 100% per i giorni di mancato preavviso, nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento Accoglimento Ospiti.
- ad accettare tutte le norme regolamentari presenti e future e le scelte organizzative che regolano il funzionamento dell'Ente e lo svolgimento delle attività assistenziali.
- a riconoscere il rimborso di eventuali danni cagionati dall'Ospite.
- alla consegna all'assistente sociale dell'Ente di tutta la documentazione richiesta prima dell'ingresso dell'Ospite.
- a comunicare all'assistente sociale o agli uffici amministrativi eventuali cambiamenti di residenza o domicilio.

#### **autorizza l'Ente**

- a disporre la dimissione dell'Ospite, addebitandone l'eventuale costo, in caso di morosità pari a tre mensilità da parte dei paganti in proprio, o di altro mancato adempimento degli obblighi contrattuali. L'Ospite verrà dimesso/a con un preavviso di 15 giorni decorrenti dalla data di invio della comunicazione da parte dell'Ente. Resta ferma la facoltà dell'Ente di adire le vie legali con denuncia di abbandono.

La presente domanda d'accoglimento potrà esplicitare efficacia assolti tutti gli obblighi e le condizioni a carico del nuovo/a Ospite previste dal protocollo di accoglienza aggiornato e conforme alle disposizioni nazionali e/o regionali in vigore al momento dell'accoglimento.

Per tutto quanto non specificato, si rimanda al Regolamento Accoglimento Utenti.

I dati verranno trattati nel rispetto della normativa privacy vigente in materia, così come disposta dagli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 679/2016 la cui informativa è allegata alla presente.

Letto, approvato e sottoscritto.

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

Firma

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma dell'Ospite\*

\_\_\_\_\_

IL DIRETTORE

Dott.ssa Roberta Tentonello

\_\_\_\_\_

\* in caso di impossibilità

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_) in qualità di \_\_\_\_\_

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_) in qualità di \_\_\_\_\_

dell'Ospite \_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_),

dichiarano la condizione di impossibilità alla firma dell'Ospite e si assumono la responsabilità della richiesta di accoglimento, assicurando ove possibile l'avvenuta comunicazione all'Ospite interessato/a.

Sulla base di quanto predisposto dall'art. 1342, secondo comma, del Codice Civile, le parti specificatamente approvano i patti e le condizioni contenute nel presente contratto.

Firma

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma dell'Ospite\*

\_\_\_\_\_

IL DIRETTORE

Dott.ssa Roberta Tentonello

\_\_\_\_\_

\* in caso di impossibilità

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_) in qualità di \_\_\_\_\_

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_) in qualità di \_\_\_\_\_

dell'Ospite \_\_\_\_\_ (C.F. \_\_\_\_\_),

dichiarano la condizione di impossibilità alla firma dell'Ospite.