

**Certificato medico per ammissione presso Casa Serena di Capodacqua  
del/della Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_**

**Condizioni Generali**

- 1) Buone   
2) Discrete   
3) Scadenti   
4) Pessime

**Mobilità**

- 1) Normale   
2) Poco limitata   
3) Molto limitata   
4) Immobile

**Piaghe da decubito**

**MALATTIE PRECEDENTI** \_\_\_\_\_

**EVENTUALI RICOVERI** \_\_\_\_\_

**MALATTIE IN ATTO** \_\_\_\_\_

**TERAPIE IN ATTO** \_\_\_\_\_

**VACCINAZIONI SARS-COVID 19 DATA E TIPO ULTIMA SOMMINISTRAZIONE (se effettuata)** \_\_\_\_\_

**HA CONTRATTO SARS-COVID 19** SI NO DATA GUARIGIONE \_\_\_\_\_

**E' AFFETTO DA MALATTIE CONTAGIOSE** SI NO

Fisioterapia consigliata:  Deambulazione  Ginnastica passiva  Massaggi  Palestra  Tens

**NOTE INFORMATIVE:**

La notte **DORME** SI NO **DISTURBA** SI NO

Durante il giorno è costantemente **TRANQUILLO** SI NO **AGITATO** SI NO

E' motivo di **DISTURBO** per gli altri SI NO

E' **PERICOLOSO** per sé SI NO per gli altri SI NO

Le informazioni contenute nella presente modulistica di ingresso sono strettamente riservate e sono soggette a segreto professionale. Tutti i dati personali ivi contenuti saranno trattati da casa Serena per finalità strettamente connesse e strumentali alla gestione dei rapporti con gli ospiti e per l'espletamento degli obblighi contrattuali.

Data \_\_\_\_\_

Firma e timbro del medico curante



## **“Casa Serena di Capodacqua”**

della Confraternita della Misericordia di Foligno

Via Fiorenzuola, 21 - 06030 Capodacqua di Foligno

P.I. 01866640541 - C.F. 82000730547

**Centralino - tel.: 0742 312020** - Infermeria tel.: 0742 312016

REVISIONE	DATA REVISIONE	REDAZIONE	APPROVAZIONE
REV.NE 5	02/07/2025	RSGQ	ALTA DIREZIONE



## “Casa Serena di Capodacqua”

della Confraternita della Misericordia di Foligno

Via Fiorenzuola, 21 - 06030 Capodacqua di Foligno

P.I. 01866640541 - C.F. 82000730547

Centralino - tel.: 0742 312020 - Infermeria tel.: 0742 312016

## **DOMANDA DI AMMISSIONE**

Il/La sottoscritto/a:

Cognome..... Nome.....

Cognome del coniuge (se vivente o deceduto) .....

Nato/a a..... Prov..... il.....

Residente a.....Prov.....

Via..... n°.....

Tel...../.....Codice fiscale.....

Carta d'identità n°..... rilasciata da.....

Valida fino a.....

Coniugato/a  Vedovo/a  Celibe/Nubile  Separato/a

Divorziato/a

Figli n°..... Professione esercitata nel passato.....

Scolarità .....

Attualmente vive: solo/a  con familiare  altro .....

### **DOMANDA**

di essere ammesso a convivere nella Residenza Protetta “Casa Serena di Capodacqua della Confraternita della Misericordia di Foligno”, dopo aver preso visione del Regolamento Interno vigente e di averlo accettato.

Capodacqua di Foligno, lì.....

Il richiedente

.....

Grado di parentela

I richiedenti

.....

.....

.....

.....

REVISIONE	DATA REVISIONE	REDAZIONE	APPROVAZIONE
REV.NE 5	02/07/2025	RSGQ	ALTA DIREZIONE



## “Casa Serena di Capodacqua”

della Confraternita della Misericordia di Foligno

Via Fiorenzuola, 21 - 06030 Capodacqua di Foligno

P.I. 01866640541 - C.F. 82000730547

Centralino - tel.: 0742 312020 - Infermeria tel.: 0742 312016

Il/I sottoscritto/i .....  
nella sua/loro qualità di .....  
del/della Sig./Sig.ra .....  
ospitato/a nella Residenza Protetta “Casa Serena di Capodacqua della Confraternita della Misericordia di Foligno”

### DICHIARA:

1. di essere a conoscenza che la retta giornaliera, stabilita dal Consiglio di amministrazione della Confraternita nel rispetto delle disposizioni previste dalla Deliberazione della Giunta Regionale del 22/05/2024 n. 465, è pari ad € 113,84 e che dovrà essere versata anticipatamente entro e non oltre il dieci del mese, con bonifico bancario o postale.
2. di impegnarsi, durante la permanenza dell'ospite nella Residenza Protetta, a sostenere le spese di eventuali medicine a pagamento, visite specialistiche e trasporti, altri presidi o medicazioni a pagamento o oltre le quantità coperte dal SSN (es. pannoloni ecc.);
3. di conoscere ed accettare che l'ospite ha la facoltà di mantenere il proprio medico curante o di scegliere il medico convenzionato con la struttura. Qualora venisse mantenuto il rapporto con il proprio medico, i parenti avranno l'obbligo di provvedere alla fornitura dei farmaci;
4. di impegnarsi ad accettare e pagare qualsiasi aumento di retta fosse successivamente determinato dalla Regione dell'Umbria e/o dall'Amministrazione della Residenza Protetta;
5. di impegnarsi a fornire la biancheria personale dell'ospite; la biancheria va contrassegnata con un numero stabilito dalla Direzione e va rimpinguata qualora venisse richiesto dalla guardarobiera; durante la permanenza nella struttura, ogni indumento che viene portato al proprio congiunto, dovrà essere registrato dalla guardarobiera per essere aggiunto alla lista degli indumenti personali;
6. di conoscere e accettare che gli effetti personali dell'ospite dovranno essere ritirati entro e non oltre una settimana dal trasferimento o decesso. Dopo tale periodo la Direzione sarà autorizzata a farne l'uso che riterrà più opportuno;
7. di conoscere ed accettare che in caso di ricovero ospedaliero o di visite dell'ospite, la Residenza Protetta **NON** fornisce servizio di accompagnamento e di assistenza all'esterno della struttura;
9. di conoscere ed accettare che eventuali assenze dell'ospite dalla Residenza Protetta, per qualsiasi causa avvenute, danno diritto ad una decurtazione di € 10,00 (dieci) giornaliere dopo il quindicesimo giorno di assenza;

Firma per presa visione ed accettazione

.....

REVISIONE	DATA REVISIONE	REDAZIONE	APPROVAZIONE
REV.NE 5	02/07/2025	RSGQ	ALTA DIREZIONE



## “Casa Serena di Capodacqua”

della Confraternita della Misericordia di Foligno

Via Fiorenzuola, 21 - 06030 Capodacqua di Foligno

P.I. 01866640541 - C.F. 82000730547

Centralino - tel.: 0742 312020 - Infermeria tel.: 0742 312016

- 10.** di impegnarsi al pagamento della somma di **€ 500,00** quale cauzione degli impegni assunti da versare al momento dell'ingresso.;
- 11.** di conoscere ed accettare che la suddetta cauzione verrà incamerata da Casa Serena qualora non venisse ritirata entro tre mesi dalla dimissione dell'ospite e quando il ricovero presso la Residenza Protetta, per motivi di trasferimento, avesse una durata inferiore ad un anno;
- 12.** di assumersi l'onere del pagamento della retta giornaliera in solido e di accettare le disposizioni previste dai punti 1, 2, 4, 9, 10, 11 della presente dichiarazione;
- 13.** di conoscere ed accettare che la Direzione della Residenza Protetta potrà, in ogni momento e a suo insindacabile giudizio, trasferire liberamente l'ospite all'interno della struttura, da una camera ad un'altra e da un soggiorno ad un altro;
- 14.** di conoscere ed accettare che ogni alimento o bevanda portato al proprio congiunto in occasione delle visite, dovrà essere autorizzato dalla direzione sanitaria. In caso di controllo periodico, tutto ciò che non è stato autorizzato, sarà ovviamente requisito;
- 15.** di conoscere ed accettare che gli ospiti che intendono utilizzare gli audiovisivi nelle camere possono farlo solo attraverso l'uso delle cuffie. Per gli ospiti che dormono in camere doppie il televisore dovrà essere spento entro le ore 23;
- 16.** di conoscere e accettare che la Residenza Protetta non risponde degli oggetti di valore o denaro in possesso degli ospiti;
- 17.** di conoscere ed accettare che l'Amministrazione di Casa Serena di Capodacqua può, in ogni momento, dimettere l'ospite dalla Residenza Protetta, qualora emergano condizioni di inadeguatezza per la convivenza presso Casa Serena. In tale evenienza, la cauzione di cui al punto 10 sarà senz'altro restituita;
- 18.** di essere informato che la struttura può anche avvalersi di personale esterno per l'erogazione dei servizi socio-sanitari.

Capodacqua di Foligno, lì.....

Firma per presa visione ed accettazione

.....

Lista indumenti contrassegnati con n°..... assegnato dalla Direzione.

N° 05 camicie da notte o pigiami  
N° 05 sottovesti per varie stagioni  
N° 10 fazzoletti  
N° 01 vestaglia da camera  
Vestiaro sufficiente

N° 05 canottiere estive e invernali  
N° 10 paia di mutande  
N° 01 accappatoio  
N° 01 paia di ciabatte  
Per gli uomini portare un rasoio elettrico

REVISIONE	DATA REVISIONE	REDAZIONE	APPROVAZIONE
REV.NE 5	02/07/2025	RSGQ	ALTA DIREZIONE



## “Casa Serena di Capodacqua”

della Confraternita della Misericordia di Foligno

Via Fiorenzuola, 21 - 06030 Capodacqua di Foligno

P.I. 01866640541 - C.F. 82000730547

Centralino - tel.: 0742 312020 - Infermeria tel.: 0742 312016

### RETTA

Il/I sottoscritto/i .....

nella sua/loro qualità di .....

del/della Sig./Sig.ra .....

ospitato/a nella Residenza Protetta “Casa Serena di Capodacqua”

### si dichiara / si dichiarano

#### obbligato/i in solido ai sensi e per gli effetti del codice civile

di assumersi l'onere del pagamento della retta giornaliera per il mantenimento del suo/loro congiunto, nel periodo di permanenza presso la Residenza Protetta “Casa Serena di Capodacqua”, che equivale ad € 113,84 e che, per favorire le esigenze dell'ospite e dei loro familiari, anche in attesa di inserimento nei posti in convenzione con le Aziende Sanitarie Locali, il C.d.A. di Casa Serena ha ridotto ad € 85,00, applicando uno sconto del 25,33%. Lo sconto è in vigore fino a revoca o variazione da parte del C.d.A. della RP Casa Serena di Capodacqua.

Il sottoscritto si impegna al versamento mediante accredito sul c/c bancario indicato dalla Residenza Protetta.

Capodacqua di Foligno, lì.....

Il dichiarante

.....

Grado di parentela

I dichiaranti in solido

.....

.....

.....

.....

REVISIONE	DATA REVISIONE	REDAZIONE	APPROVAZIONE
REV.NE 5	02/07/2025	RSGQ	ALTA DIREZIONE



## “Casa Serena di Capodacqua”

della Confraternita della Misericordia di Foligno

Via Fiorenzuola, 21 - 06030 Capodacqua di Foligno

P.I. 01866640541 - C.F. 82000730547

Centralino - tel.: 0742 312020 - Infermeria tel.: 0742 312016

### INDIRIZZI DI PERSONE DI RIFERIMENTO

Indicare cognome, nome e indirizzo completo, numero telefonico dei familiari o delle persone che, in caso di necessità, la Direzione della Residenza Protetta “Casa Serena di Capodacqua”, deve informare:

**1) Cognome e nome**.....  
Grado di parentela..... abitante in.....CAP.....  
Via.....n°.....  
Telefono.....

**2) Cognome e nome**.....  
Grado di parentela..... abitante in.....CAP.....  
Via.....n°.....  
Telefono.....

### CUSTODIA DEI VALORI

Il/La sottoscritto/a.....  
ospite presso la Residenza Protetta “Casa Serena di Capodacqua” di Foligno

#### esonera

la Direzione e i dipendenti della Residenza Protetta predetta da ogni responsabilità in ordine alla custodia dei valori che intende trattenere presso di sé.

Capodacqua di Foligno, lì.....

Il dichiarante

.....

Grado di parentela

I dichiaranti

.....

.....

.....

.....

REVISIONE	DATA REVISIONE	REDAZIONE	APPROVAZIONE
REV.NE 5	02/07/2025	RSGQ	ALTA DIREZIONE



## “Casa Serena di Capodacqua”

della Confraternita della Misericordia di Foligno

Via Fiorenzuola, 21 - 06030 Capodacqua di Foligno

P.I. 01866640541 - C.F. 82000730547

Centralino - tel.: 0742 312020 - Infermeria tel.: 0742 312016

### **DICHIARAZIONE DI IMPEGNO PER SPESE DI ASSISTENZA OSPEDALIERA**

Il/I sottoscritto/i .....

nella sua/loro qualità di .....

del/della Sig./Sig.ra .....

ospite presso la Residenza Protetta “Casa Serena di Capodacqua”

**si impegna / si impegnano e si obbliga / si obbligano**

**in solido ai sensi e per gli effetti del codice civile**

a sostenere le eventuali spese di assistenza richieste in caso di ricovero in ambiente ospedaliero del proprio congiunto, nonché eventuali spese sanitarie per prestazioni straordinarie non coperte dal S.S.N. (quali protesi dentarie, interventi chirurgici, ecc...).

Capodacqua di Foligno, lì.....

Il dichiarante

.....

Grado di parentela

I dichiaranti in solido

.....

.....

.....

.....

.....

.....

REVISIONE	DATA REVISIONE	REDAZIONE	APPROVAZIONE
REV.NE 5	02/07/2025	RSGQ	ALTA DIREZIONE



## “Casa Serena di Capodacqua”

della Confraternita della Misericordia di Foligno

Via Fiorenzuola, 21 - 06030 Capodacqua di Foligno

P.I. 01866640541 - C.F. 82000730547

Centralino - tel.: 0742 312020 - Infermeria tel.: 0742 312016

### TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – SISTEMA DI VIDEOSORVEGLIANZA

Il/I sottoscritto/i .....

nella sua/loro qualità di .....

del/della Sig./Sig.ra .....

ospite presso la Residenza Protetta “Casa Serena di Capodacqua”

**acconsente / acconsentono**

**non acconsente / non acconsentono**

ai sensi del GDPR, al trattamento dei dati personali del suddetto acquisiti attraverso il sistema di videosorveglianza installato per fini di sicurezza degli ospiti, per la tutela della salute, e del patrimonio della Residenza Protetta “Casa Serena di Capodacqua”.

Dichiaro di aver ricevuto copia dell’informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell’art. 13 GDPR.

Il titolare del trattamento dei dati e/o delle immagini acquisite tramite il sistema di videosorveglianza è Casa Serena di Capodacqua.

Capodacqua di Foligno, lì.....

Il dichiarante

.....

Grado di parentela

I dichiaranti

.....

.....

.....

.....

REVISIONE	DATA REVISIONE	REDAZIONE	APPROVAZIONE
REV.NE 5	02/07/2025	RSGQ	ALTA DIREZIONE



## “Casa Serena di Capodacqua”

della Confraternita della Misericordia di Foligno

Via Fiorenzuola, 21 - 06030 Capodacqua di Foligno

P.I. 01866640541 - C.F. 82000730547

Centralino - tel.: 0742 312020 - Infermeria tel.: 0742 312016

### **DOCUMENTI DA PRESENTARE AL MOMENTO DELL'INGRESSO**

#### **1. Certificati vari:**

- A) Carta d'identità (in fotocopia prima dell'ingresso e in originale all'ingresso);
- B) Tessera sanitaria (in fotocopia prima dell'ingresso ed in originale all'ingresso);
- C) Libretti e certificati di pensione (in copia prima dell'ingresso ed in originale all'ingresso);
- D) Libretto di esenzione ticket nonché libretti per erogazione presidi sanitari (in fotocopia prima dell'ingresso e in originale all'ingresso);
- E) Certificato di interdizione o inabilitazione rilasciato dal Tribunale Civile, se presente;
- F) Documento di nomina di tutore, curatore, amministratore di sostegno, se presente;
- G) Copia del verbale della Commissione USL di Invalidità Civile, se presente;
- H) Valutazione socio-sanitaria da parte dell'U.V.G. competente, se presente;
- I) Consenso informativo della privacy.

#### **2. Certificati sanitari:**

- A) certificato del medico curante, su modello predisposto dalla Residenza Protetta, che dichiari lo stato di salute del richiedente, specificando le malattie attuali e la terapia farmacologica aggiornata;
- B) Copia della cartella clinica o lettera di dimissione di ricovero ospedaliero, referti di visite e esami recenti (se presenti);
- C) Copia dell'attestato Usl delle vaccinazioni eseguite.

**Si raccomanda la massima completezza della domanda  
pena la non accettazione.**

REVISIONE	DATA REVISIONE	REDAZIONE	APPROVAZIONE
REV.NE 5	02/07/2025	RSGQ	ALTA DIREZIONE