

**Oggetto: DOMANDA DI AMMISSIONE RSA A. GASPAROTTI/NUCLEO SOLE**

.....  
Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_ (obbligatorio)

**MAIL \_\_\_\_\_ (OBBLIGATORIA)**

**DOMANDA**

Di ammettere in codesta FONDAZIONE \_\_\_\_\_  
I motivi che inducono a presentare la presente domanda sono:

**DICHIARA INOLTRE**

Di essere a conoscenza e di accettare le norme interne che regolano la vita comunitaria ed indicano le modalità di pagamento delle rette come determinate, **annualmente**, dal Consiglio di Amministrazione di codesto Ente.

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

IL/LA RICHIEDENTE

Si allega la seguente documentazione:

- 1- Domanda di ammissione e questionario sanitario debitamente compilato;
- 2- Fotocopia del codice fiscale;
- 3- Numero della tessera sanitaria;  
Per degenze a tempo indeterminato:
- 4- Autocertificazione di residenza, stato di famiglia e nascita con fotocopia della carta d'identità (in alternativa stato di famiglia, certificato di residenza, certificato di nascita);
- 5- Copia modello CUD;
- 6- Copia verbale invalidità (se in possesso)
- 7- Copia decreto di nomina tutore o curatore o amministratore di sostegno (se in possesso)

La tessera sanitaria, la carta di identità e l'eventuale esenzione ticket saranno consegnati al momento del ricovero.

In fede

**IMPEGNO DEL FAMILIARE** (per i paganti in proprio)

L'impegno per il pagamento della retta, è assunto da \_\_\_\_\_, nat\_ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. n° \_\_\_\_\_. Cellulare  
n° \_\_\_\_\_

Si dispone che la fattura di ricovero venga intestata a \_\_\_\_\_ **che potrà poi  
richiedere la certificazione per le spese sanitarie sostenute nell'anno.**

Questo impegno vale anche per eventuali futuri aggiornamenti di retta.

**FIRMA** \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA'**

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Garantisce in veste di fideiussore il pagamento della retta.

Salò \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

**N.B. il fideiussore deve essere soggetto terzo (diverso da quello che firma l'impegno di spesa)**

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ il \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) C.F. \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Dichiara che qualora l'ospite venisse dimesso si impegna ad ospitarlo.

Salò \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_

**CONSENSO INFORMATO PER IL RICOVERO IN FONDAZIONE CITTA' DI SALO'**

Io sottoscritto sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

Sono stato informato dal mio Medico Curante e/o dagli operatori del DGD n.6 che, date le mie condizioni di salute e la mia condizione familiare e abitativa, la permanenza al domicilio non rende possibile garantire un livello adeguato di cure per cui si rende necessario il trasferimento presso una Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.).

Mi è stato spiegato che:

- La RSA è una struttura residenziale che ospita persone non auto sufficienti e/o affetti dal morbo di Alzheimer,
- L'assistenza socio-sanitaria viene erogata da un'équipe formata da personale ASA/OSS/ IP/MEDICI /FKT/ANIMATORI secondo programmi di assistenza individualizzata,
- Che il servizio è erogato in stanze a 1/2 letti munite di bagno,
- Che la sala ristorante è ai piani,
- Che l'assistenza medica resta a carico del MMG, mentre le emergenze o gli interventi sono erogati SIA DALLA Fondazione che dall'Azienda ospedaliera,
- Che l'ingresso in struttura deve avvenire entro il 3° (terzo) giorno dalla comunicazione della disponibilità del posto,
- Che in qualsiasi momento si può fare richiesta spontanea di dimissioni come previsto dal contratto individuale d'ingresso.

Avendo compreso quanto mi è stato spiegato, e avendo letto quanto sopra, acconsento al ricovero in R.S.A. nei termini ed alle condizioni sopra specificate.

**Firma dell'assistito /del legale rappresentante\*** \_\_\_\_\_

**Firma del familiare** \_\_\_\_\_

\*Se l'assistito è interdetto o inabilitato o assistito da un amministratore di sostegno.

Allegare fotocopia del decreto e di un documento di riconoscimento del legale rappresentante.

CARO COLLEGA

ABBIAMO FORMULATO UNA NUOVA SCHEDA PER LA VALUTAZIONE DELL'ASPETTO CLINICO E FUNZIONALE DEI POTENZIALI UTENTI DA INSERIRE NELLA DOMANDA DI AMMISSIONE PER LA RSA GLI ULIVI DELLA FONDAZIONE CITTA' DI SALO'.

LA SCHEDA DI VALUTAZIONE CHE TI CHIEDO DI COMPILARE HA LA FINALITA' DI RACCOGLIERE TUTTE QUELLE INFORMAZIONI NECESSARIE PER UNA CORRETTA CONOSCENZA DEI BISOGNI DEL TUO ASSISTITO, GARANTENDO COSI' UN ACCESSO ALLA STRUTTURA APPROPRIATO.

L'INSERIMENTO IN GRADUATORIA È EFFETTUATO SULLA BASE DI UN PUNTEGGIO RICAIVATO DA PIU' VARIABILI MULTIDIMENSIONALI (SANITARIE, SOCIO-AMBIENTALI, TEMPO DI ATTESA, RESIDENZA) DOVE, TI RICORDO, IL DATO RELATIVO ALL'ASPETTO CLINICO-FUNZIONALE RAPPRESENTA IL 50% DEL PUNTEGGIO.

AL FINE DI OTTIMIZZARE LA GRADUATORIA PER L'INSERIMENTO TI INVITO A COMPILARE OGNI PARTE DELLA SCHEDA CON ATTENZIONE.

RINGRAZIANDOTI PORGO CORDIALI SALUTI.

IL RESPONSABILE SANITARIO  
DOTT. GIANCARLO RAGGI

**SCHEDA DI VALUTAZIONE PER INSERIMENTO IN RSA a cura del MMG**

SIGNOR/A \_\_\_\_\_ NATO/A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

TESS. SANITARIA \_\_\_\_\_ TITOLARE INVALIDITA' SI' \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

VOUCHER SI' \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ MdMG DOTT. \_\_\_\_\_

**PATOLOGIE IN ATTO**

1 – ASSENTE

2 – LIEVE

3 – MODERATO

4 – GRAVE

5 – MOLTO GRAVE

CARDIACA – solo cuore – DIAGNOSI.....	<b>1 2 3 4 5</b>
VASCOLARI – sangue, vasi, midollo, sist. linfatico – DIAGNOSI.....	<b>1 2 3 4 5</b>
IPERTENSIONE ARTERIOSA DIAGNOSI.....	<b>1 2 3 4 5</b>
RESPIRATORIE – polmoni, bronchi, trachea - DIAGNOSI.....	<b>1 2 3 4 5</b>
O.O.N.G.L. – occhio, orecchio, naso, gola, laringe - DIAGNOSI.....	<b>1 2 3 4 5</b>
APPARATO G. I. SUPERIORE – esofago, stomaco, duodeno, albero biliare, pancreas DIAGNOSI.....	<b>1 2 3 4 5</b>
APPARATO G. I. INFERIORE – intestino, ernie - DIAGNOSI.....	<b>1 2 3 4 5</b>
EPATICHE – solo fegato - DIAGNOSI.....	<b>1 2 3 4 5</b>
RENALI – solo rene - DIAGNOSI.....	<b>1 2 3 4 5</b>
ALTRE PATOLOGIE GENITO-URINARIE – ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali - DIAGNOSI.....	<b>1 2 3 4 5</b>
SISTEMA MUSCOLO SCHELETRICO-CUTE – muscoli, scheletro, tegumenti DIAGNOSI.....	<b>1 2 3 4 5</b>
SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO – non include la demenza - DIAGNOSI.....	<b>1 2 3 4 5</b>
ENDOCRINE – ETABOLICHE – diabete, infezioni, stati tossici- DIAGNOSI.....	<b>1 2 3 4 5</b>
PSICHIATRICO COMPORTAMENTALI – demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi - DIAGNOSI.....	<b>1 2 3 4 5</b>

**TERAPIE IN ATTO**

**NEOPLASIA MALIGNA**  SI'  NO

**AIDS** · SI'  NO

**MALATTIA PROGRESSIVA DEL SNC** · SI'  NO

**ACCIDENTI CEREBRALI**  NO  RECENTI · PREGRESSI

**ESITI**  AFASIA · DISFASIA  EMI\_  PARA\_  TETRA\_————>  PLEGIA  PARESI  DISFAGIA

**TRAUMA – INTERVENTO CHIRURGICO**  NO · FRATTURE FEMORE · ALTRE FRATTURE

**LESIONI DA DECUBITO**  SI'  NO

**DIPENDENZA**  NO · ALCOOL  STUPEFACENTI · FUMO

**CADUTE NEGLI ULTIMI SEI MESI**  SI'  NO N. CADUTE\_\_\_\_\_

**CONTENZIONE FISICA PERMANENTE** · SI'  NO

*AUSILI*

**AUSILI PER IL MOVIMENTO** · no  bastone · arto artif.  Carrozzina  altro

**GESTIONE INCONTINENZA**  no  pannoloni  catetere vesc.  ano artif.  Altro

**GESTIONE DIABETE**  no  solo dieta  antid. orali  insulina

**ALIMENTAZ. ARTIFICIALE**  no  SNG  PEG  parenterale

**INSUFF. RESPIRATORIA**  no  ossigeno terapia  ventilatore  altro

**DIALISI**  sì  no

**TRASFERIMENTO LETTO SEDIA**

- Necessarie due persone per il trasferimento del paziente, con o senza ausilio meccanico
- Il paziente collabora ma è necessaria comunque la collaborazione di una persona
- Per una o più fasi del trasferimento è necessaria la collaborazione di una persona
- Occorre una persona per garantire sicurezza e/o infondere fiducia
- Il paziente è in grado di muoversi senza pericoli ed è autonomo durante i trasferimenti

**DEAMBULAZIONE**

- Dipendenza rispetto alla locomozione
- Necessaria la presenza costante di una o più persone per la deambulazione
- Necessario aiuto da parte di una persona per raggiungere o manovrare gli ausili
- Paziente autonomo nella deambulazione ma necessita di supervisione per ridurre i rischi e infondergli fiducia, non riesce a percorrere 50 metri senza bisogno di aiuto
- Paziente autonomo nella deambulazione, deve essere in grado di indossare corsetti e riporre gli ausili in posizione utile al loro impiego. Deve poter adoperare stampelle, bastoni, ecc. e percorre 50 metri senza aiuto o supervisione

**LOCOMOZIONE SU SEDIA A ROTELLE**

- Paziente in carrozzina, dipendente per la locomozione
- Paziente in carrozzina, può avanzare per proprio conto per brevi tratti in piano
- Indispensabile la presenza di una persona ed assistenza continua per accostarsi al tavolo, al letto, ecc.

- Riesce a spingersi per durate ragionevoli in ambienti consueti, necessaria assistenza per tratti difficoltosi
- Autonomo: deve essere in grado di girare intorno agli spigoli, su sé stesso, di accostarsi al tavolo ecc. e deve essere in grado di percorrere almeno 50 metri

#### IGIENE PERSONALE

- Paziente non in grado di badare alla propria igiene, dipendente sotto tutti i punti di vista
- E' necessario assisterlo in tutte le circostanze dell'igiene personale
- E' necessario assisterlo in una o più circostanze dell'igiene personale
- E' in grado di provvedere alla cura della propria persona ma richiede un minimo di assistenza prima e/o dopo l'operazione da eseguire
- Totale indipendenza

#### ALIMENTAZIONE

- Paziente totalmente dipendente, va imboccato
- Riesce a manipolare qualche posata ma necessita dell'aiuto di qualcuno che fornisca assistenza attiva
- Riesce ad alimentarsi sotto supervisione, l'assistenza è limitata ai gesti più complicati
- Paziente indipendente nel mangiare, salvo che in operazioni quali tagliarsi la carne, aprire confezioni...la presenza di un'altra persona è indispensabile
- Totale indipendenza nel mangiare

#### CONFUSIONE

- Paziente completamente confuso, comunicazione ed attività cognitive compromesse, personalità destrutturata
- È chiaramente confuso e non si comporta, in determinate situazioni, come dovrebbe
- Appare incerto e dubbioso nonostante sia orientato nello spazio e tempo
- E' perfettamente lucido

#### IRRITABILITA'

- Qualsiasi contatto è causa di irritabilità
- Uno stimolo esterno, che non dovrebbe essere provocatorio, produce spesso irritabilità che non sempre è in grado di controllare
- Mostra ogni tanto segni di irritabilità, specialmente se gli vengono rivolte domande indiscrete
- Non mostra segni di irritabilità ed è calmo

#### IRREQUIETEZZA

- Cammina avanti e indietro incessantemente ed è incapace di stare fermo persino per brevi periodi di tempo
- Appare chiaramente irrequieto, non riesce a stare seduto, si muove continuamente, si alza in piedi durante la conversazione toccando in continuazione vari oggetti
- Mostra segni di irrequietezza, si agita e gesticola durante la conversazione, ha difficoltà a mantenere fermi piedi e mani e tocca continuamente vari oggetti
- Non mostra alcun segno di irrequietezza motoria, è normalmente attivo con periodi di tranquillità

**FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO**

## REGOLAMENTO

### Premessa

La Fondazione Città di Salò ha per scopo principale il provvedere all'assistenza, alla tutela, ed al recupero di persone anziane versanti in condizioni di non autosufficienza, senza distinzione alcuna qualunque sia la causa della non autosufficienza (fisica, psichica o sensoriale).

Fondazione indirizza prioritariamente i propri interventi verso gli anziani e/o utenti residenti nei Comuni in cui la Fondazione ha i propri presidi o servizi assistenziali.

Le attività svolte nel suo interno pongono in primo piano la persona attraverso l'elaborazione di progetti personalizzati (PAI) l'integrazione e/o il coordinamento nell'operatività delle varie figure.

### Art. 1 Ingresso

I ricoveri presso la struttura sono disciplinati dalla disponibilità del posto letto e dalle condizioni socio sanitarie dell'Ospite. Non sono ammessi Ospiti affetti da grave demenza e/o Morbo di Alzheimer.

I firmatari della "domanda di ingresso" vengono contattati dall'ufficio segreteria e viene concesso un termine di 8 ORE per decidere se ricoverare o meno l'ospite. Una volta accettato il posto letto l'operatore amministrativo fissa appuntamento per redigere la pratica e per la sottoscrizione del contratto con gli interessati. E' obbligatorio il versamento della retta e della cauzione, se dovuta, prima del ricovero.

Il giorno del ricovero l'ospite sarà visitato dal medico, seguiranno accertamenti strumentali effettuati dal coordinatore e raccolta dati effettuata dall'animatore/educatore. La guardarobiera prenderà in carico gli indumenti.

### Art.2 Attività di segretariato sociale

L'Ente **non effettua** prestazioni di segretariato sociale. I familiari sono tenuti e espletare in proprio tutte le pratiche relative a pensioni, invalidità, volontà testamentarie ecc. Il personale ha esplicito divieto di prestarsi come testimone per qualsivoglia pratica amministrativa, legale, commerciale, testamentaria.

Per soggetti con gravi patologie, l'ente a richiesta del familiare, provvede a contattare gli appositi servizi comunali per il rinnovo della carta di identità.

Al momento del decesso la tessera sanitaria e la carta di identità saranno restituite, a cura dell'Ente, rispettivamente al competente ufficio ATS e al parente di riferimento.

### Art.3 Convivenza

Gli ospiti residenti presso Fondazione Città di Salò possono condurre una normale vita di relazione che deve essere gestita fuori dai nuclei. L'organizzazione, entro i limiti posti dalla struttura, è improntata a favorire le migliori condizioni relazionali nel rispetto della persona e delle cose altrui.

Lo stesso rispetto che è dovuto agli ospiti, è dovuto al personale e alle strutture (attrezzature, mobilio e suppellettili).

Tutti gli ospiti hanno uguale diritto ad usufruire degli spazi comuni.

I rapporti interpersonali tra gli ospiti, tra ospiti e dipendenti o tra familiari e dipendenti debbono essere improntati sul rispetto e comprensione reciproci.

### Art.4 Uscite

Gli ospiti non autosufficienti godono di ogni libertà compatibile con il loro stato di salute e con le regole della convivenza.

Gli ospiti in quanto non autosufficienti, possono uscire dalla struttura solo accompagnati da familiari o da persona da essi delegata in forma scritta. In alcune occasioni gli ospiti escono accompagnati da volontari che collaborano stabilmente con Fondazione.

Al momento dell'uscita gli ospiti, e/o i loro accompagnatori compilano apposito modulo che deve essere richiesto all'Infermiere.

Qualora i familiari conducano l'ospite all'esterno del nucleo, pur senza abbandonare l'ente, hanno l'onere di accertarsi, presso la capo sala o l'infermiera di reparto, dello stato di salute dell'ospite e degli eventuali programmi sanitari che lo riguardano.

I familiari o accompagnatori a cui è affidato momentaneamente l'ospite, hanno l'onere di salvaguardare l'incolumità dell'ospite in qualsiasi luogo o momento, anche all'interno dell'Ente.

#### **Art.5 Trasporti**

Il trasporto per visite di invalidità o per altre necessità economiche/ludiche dell'ospite devono essere organizzati dai familiari e sono a loro carico.

#### **Art.6 Responsabilità patrimoniale**

L'Ente non risponde dei beni degli ospiti.

Gli Ospiti qualora lo desiderino possono depositare presso l'ufficio di Amministrazione le somme che eccedono il normale consumo giornaliero e ogni oggetto di valore. Del deposito verrà rilasciata ricevuta. Agli ospiti al momento dell'ingresso si consiglia di non portare con se oggetti o monili di valore.

#### **Art.7 Accesso**

L'accesso all'ente e regolato dalle disposizioni vigenti momento.

#### **Art.8 Orari di ricevimento**

I medici ricevono i parenti il martedì dalle ore 10,00 alle ore 12,00 e il giovedì dalle ore 15,00 alle ore 17,00. Le Caposala ricevono i parenti secondo il calendario esposto nei nuclei.

I parenti possono contattare i medici telefonicamente tutti i giorni (festivi compresi) dalle ore 13,00 alle ore 14,00.

Lo staff dirigenziale e il Presidente ricevono previo appuntamento telefonico.

#### **Art.9 Stanze**

Il benessere degli ospiti è uno degli obiettivi che la Fondazione si è data, condizione essenziale per raggiungere lo scopo è il rispetto delle necessità e dei desideri di TUTTI gli ospiti.

Constatato che alcune stanze di degenza sono a 2 letti i parenti e i visitatori possono soggiornarvi SOLO in caso di impossibilità dell'ospite a spostarsi in numero massimo di 2. In dette circostanze i familiari hanno l'obbligo di abbandonare la stanza quando sono in corso attività che attengano alla sfera personale dei ricoverati.

La veglia dell'ospite in condizioni critiche (terminale o grave) è subordinata per tutto il periodo di emergenza al benessere del medico di struttura secondo una rigida procedura igienico/sanitaria.

Agli ospiti ed ai loro familiari non è consentito introdurre in struttura apparecchiature elettriche quali stufette, ferri da stiro, fornelli ecc.

#### **Art.10 Culto**

Ogni ospite può farsi assistere dai ministri del culto al quale appartiene, nel rispetto dei diritti e della sensibilità degli altri ospiti. Nella cappella di Fondazione viene celebrata la santa messa.

#### **Art.11 Indumenti**

Al momento dell'ingresso ogni ospite dovrà essere dotato del corredo personale elencato nell'apposito prospetto allegato alla domanda di ingresso. Il corredo personale deve essere reintegrato a richiesta delle animatrici e/o caposala.

Ogni indumento andrà sempre consegnato in **via esclusiva** alla lavanderia/guardaroba che procederà a contrassegnarlo ed a registrarlo.

I capi logori o consumati verranno riconsegnati ai parenti.

Il lavaggio degli indumenti è a carico dell'istituto. Gli indumenti debbono essere di tessuto/maglia adatti al lavaggio industriale.

I capi possono essere consegnati in guardaroba/lavanderia tutti i giorni dalle ore 9,30 alle ore 11,00.

#### **Art. 12 Monili e preziosi**

E' sconsigliato introdurre monili e preziosi all'interno della Fondazione. In caso di smarrimento o trafugamento, Fondazione non risponde.

### **Art.12 Alimenti/fumo**

Per esplicito dettato normativo è fatto divieto ai parenti di introdurre in struttura cibo, farmaci e/o prodotti omeopatici nonché integratori alimentari.

E' fatto divieto di introdurre in struttura ALCOLICI.

**E' fatto divieto di consegnare agli ospiti sigarette/sigari/pipe e quant'altro nonché accendini o fiammiferi.**

**Per gli ospiti fumatori si ricorre al servizio di animazione per concordare dinamiche che salvaguardino l'integrità di TUTTA la struttura. Eventuali trasgressioni saranno in capo al parente o familiare che risponderà dei danni in via civile e/o penale.**

E' fatto altresì divieto di introdurre qualsiasi altro oggetto (monili, sopramobili ecc.)

### **Art.13 Somministrazione pasti**

Il pasto è un momento fondamentale della giornata degli ospiti e come tale deve essere tutelato, l'Ente garantisce il rispetto delle esigenze di tutti gli ospiti e pertanto chiede ai parenti di abbandonare il nucleo durante le ore del pasto, attendendo a piano terra che il congiunto abbia terminato di desinare. La direzione sanitaria, qualora ritenga che la presenza di un familiare sia di giovamento all'ospite, autorizzerà a presenziare al pasto **un solo parente per volta, munito di apposita certificazione rilasciata gratuitamente dall'Ente dopo un corso di formazione.** Il parente avrà funzioni collaborative nell'esclusivo interesse del suo congiunto.

### **Art.14 Sala Ristorante**

I familiari, gli amici e i conoscenti degli ospiti possono accedere alla sala ristorante la prima e la terza domenica del mese acquistando il buono pasto presso l'ufficio di portineria.

Il prezzo del buono pasto è deliberato dal Consiglio di Amministrazione.

La prenotazione deve avvenire entro il venerdì precedente al centralino.

Alla sala ristorante si accede dalle ore 12,00 alle ore 13,00.

### **Art.15 Fumo**

In ottemperanza delle vigenti normative, nella struttura vige il divieto di fumare.

### **Art.16 Camera mortuaria**

L'accesso alla camera mortuaria da parte dei visitatori o parenti è consentito dalle ore 8,00 alle ore 17,00.

L'uso della camera mortuaria è gratuito. La salma deve lasciare l'ente entro il terzo giorno dal decesso.

### **Accettazione**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di:

ospite

familiare dell'ospite sig./ra \_\_\_\_\_

tutore dell'ospite sig./ra \_\_\_\_\_

amministratore di sostegno dell'ospite sig./ra. \_\_\_\_\_

**Dichiara di conoscere ed accettare il presente regolamento**

Salò li \_\_\_\_\_

In fede \_\_\_\_\_

Per l'ospite impossibilitato alla firma il Familiare \_\_\_\_\_

## Elenco degli indumenti

MUTANDE (solo se continenti)	n.6
MAGLIE INTIME MEZZA MANICA	n.6
PIGIAMI <b><u>oppure</u></b>	n.6
CAMICIE DA NOTTE	
TUTE INTERE <b><u>oppure</u></b>	n.6
PANTALONI E GOLF / FELPA	
MAGLIETTE <b><u>oppure</u></b> POLO	n.6
CALZINI	n.6
CONTENITORE PROTESI + PETTINE	
RASOIO ELETTRICO	per uomo

### NOTA BENE:

- 1) Al momento dell'ingresso **il vestiario** dell'ospite dovrà essere consegnato all'ente che provvederà **a contrassegnarlo. Non verranno contrassegnati capi in disordine, infeltriti, rotti o lisi, ecc.**
- 2) I parenti dovranno **verificare ad ogni cambio di stagione** (aprile – ottobre) che i capi richiesti **siano in ordine**, sia a livello qualitativo che quantitativo;
- 3) Non si accettano capi in pura lana vergine, seta o delicati. Il lavaggio viene eseguito da **questo ente a mezzo di lavatrici e non a mano**. Non ci si assume la responsabilità sui capi di pura lana vergine.
- 4) Non si risponde di un'eventuale perdita di capi non contrassegnati. **Ogni nuovo capo portato nel corso della permanenza in struttura deve essere portato in lavanderia per essere contrassegnato con il nome per evitare che venga smarrito.**

