(da compilare in ogni parte a cura del Paziente o suo legale rappresentante)

Alla U.O.C Marketing Comunicazione e Servizi Amministrativi Territoriali/Ospedalieri e Libera Professione
SEDE

A Il/la sottoscritto/a _____in relazione al proprio ricovero

oppure

B Il/la sottoscritto/a _____in relazione al ricovero del/la sig./sig.ra _____, che legalmente rappresenta.

Chiede

di essere ricoverato/a in regime libero professionale/solvenza, scegliendo una delle seguenti opzioni:

- **Libera professione** (per paziente parzialmente assistito dal SSN)
  Medico
  Medico + équipe
  Medico + differenza alberghiera
  Medico + équipe + differenza alberghiera

- **Solvente puro** (per paziente non assistito dal SSN)
  Medico + trattamento alberghiero
  Medico + équipe + trattamento alberghiero

- **Solo trattamento alberghiero** (per paziente assistito dal SSN)

Il/La sottoscritto/a dichiara :

- Di essere a conoscenza dell'importo del preventivo e di averlo sottoscritto per accettazione;
- Di essere tenuto ad effettuare il versamento dell'acconto in misura pari al 60% dell'importo dovuto all'atto del ricovero e di dover provvedere al saldo al momento delle dimissioni;
- Di essere a conoscenza che il saldo comprenderà anche ulteriori attività, non indicate nel preventivo, ma che si sono rese necessarie nel corso del ricovero;
- Di aver preso visione dei costi e delle condizioni relativi alle camere a pagamento.

DATI ANAGRAFICI DEL DICHIARANTE:

COGNOME_____NOME_____

NATO/A A _____IL_____

RESIDENTE IN VIA/PIAZZA _____CITTA' _____(_____)

C.F._____, DOCUMENTO D'IDENTITA'N._____

_____, Lì _____

_____
(Firma del paziente o del legale rappresentante)

Per ricevuta: data_____

Firma operatore Ufficio di Accettazione Ospedaliera _____

Allegare copia fronte/retro del documento d'identità del dichiarante.