



Fondazione TUSCULUM

Case per anziani medicalizzate

Tusculum – Arogno

L. Rossi - Capolago

FORMULARIO OSPITI - Corrispondenza

Cognome e nome (Ospite) _____

Cognome e Nome (Persona di riferimento) _____

N° Telefono _____ Ev. N° Natel _____

- Desidero che **tutta la corrispondenza** (invii ordinari – Raccomandate - Precetti esecutivi) ricevuta dall'Istituto ed indirizzata all'Ospite venga consegnata all'interessato/a.
- Desidero siano ottemperate le seguenti disposizioni per la consegna della corrispondenza intestata al mio congiunto :

Corrispondenza Privata	1	2	3	4	5
Lettere, auguri, ecc. in busta che riporta il mittente					
Lettere, auguri, ecc. in busta anonima (senza mittente)					
Ufficiale (Comune / AVS / AI / Tassazioni, ecc.)					
Materiale di voto					
Cassa Malati – Medici – Cassa dei medici – EOC e Cliniche					
Fornitori (Fatture quotidiani – Acquisti – ecc.)					
RACCOMANDATE					
PRECETTI ESECUTIVI					

1. Consegnare
2. Non consegnare
3. Trasmettere alla persona di riferimento a giro di posta (**costi di spedizione fatturati mensilmente**)
4. Trasmettere alla persona di riferimento con fatture mensili
5. Trattenere in deposito (ritirerò allo sportello dell'amministrazione)

- Desidero che tutta la corrispondenza sia trasmettere alla persona di riferimento a giro di posta (**costi di spedizione fatturati mensilmente**).
- Desidero che tutta la corrispondenza sia trasmessa alla persona di riferimento **con la spedizione della retta mensile**.

La mancata ricezione di questa scheda da parte della Direzione sarà interpretata quale **adesione tacita al servizio offerto dall'Istituto, pertanto:**

1. **tutta la corrispondenza privata, con indicato il mittente, verrà consegnata all'Ospite.**
2. **La corrispondenza senza indicazione del mittente, l'Istituzionale (Comune / AVS / Cantone), Casse Malati e Fornitori verrà trasmessa alla persona di riferimento con l'invio della retta mensile**
3. **Raccomandate e Precetti Esecutivi saranno trasmessi alla persona di riferimento a giro di posta, con i costi di spedizione fatturati mensilmente.**

Luogo e data _____

Firma persona di riferimento _____