



DOMANDA DI RICOVERO

Il sottoscritto/I sottoscritti:

Cognome Nome.....

in qualità di.....(grado di parentela)

residente in Via..... CAP.....

telefono: fax.....

Cognome Nome.....

in qualità di.....(grado di parentela)

residente in Via..... CAP.....

telefono: fax.....

Chiede/chiedono l'ammissione del Sig./Sig.ra.....

a Tempo vitalizio - Temporaneo a partire dal.....al.....

presso la RSA Villa Laura

DATI ANAGRAFICI DELL'OSPITE

COGNOME NOME.....

NATO A IL.....

RESIDENTE IN VIA.....

CAP..... TELEFONO.....

STATO CIVILE.....

CODICE FISCALE.....

TESSERA SANITARIA N°.....

MEDICO CURANTE..... TEL.....

SI DESIDERA FARE IL CAMBIO MEDICO SI NO

PREFERENZA PER CAMERA SINGOLA DOPPIA

SI ALLEGA DOCUMENTAZIONE MEDICA SI NO

SI ALLEGA TERAPIA SI NO

SI ALLEGA RICONOSCIMENTO DELLA NON AUTOSUFFICIENZA SI NO

I sottoscritti prendono atto che in caso fossero contattati dalla struttura si impegnano ad effettuare il ricovero entro 48 ore dalla chiamata, pena la retrocessione nella lista di attesa.

FIRMA DELL'OSPITE

FIRMA DEL RICHIEDENTE/I

.....

.....