



residenze sanitario - assistenziali

DOMANDA DI INGRESSO

Spettabile

Ufficio Clienti

Oggetto: domanda di ingresso

Il sottoscritto

residente in

trasmette con la presente domanda di ingresso presso la RSA in indirizzo per il proprio familiare

Cognome

Nome

Data

Firma del richiedente

Pratica n. _____

Matricola _____

DATI DELL'OSPITE

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Luogo di nascita _____

Prov. (| |)

Cittadinanza _____

Codice Fiscale

| | | | | | | | | | | | | | | | | |

Carta d'identità n.

| | | | | | | | | |

Data di scadenza

| | | | |

Grado di istruzione

- Alfabeti privi di titolo
- Analfabeti
- Diploma
- Diploma universitario/laurea
- Licenza elementare
- Licenza media inferiore o eq.

Professione svolta

- Casalinga
- Impiegato
- Lavoratore autonomo
- Libero professionista
- Nessuna
- Operaia/o
- Pensionato

Condizione professionale

- Attiva
- Non attiva

Stato civile

- Coniugata/o
- Divorziata/o
- Nubile/cebile
- Religiosa/o
- Separata/o
- Vedova/o

Pensione

- Nessuna
- Minima sociale
- Altra pensione

Invalidità civile

- Sì
- No

Indennità di accompagnamento

- Si
- No
- In attesa

Residenza

Indirizzo

Comune

Provincia

Cap

Telefono

SERVIZIO

- Lista d'attesa

Data inizio

Data fine

- RSA

Data inizio

Data fine

Utilizza il servizio di lavanderia

- Si

Data inizio

Numero guardaroba

Data inizio

- No

DATI SANITARI

ASL

Distretto

Codice sanitario

Medico

Telefono

Esenzione tiket

- Si
- No

Dati del garante

Cognome

Nome

Data di nascita

Luogo di nascita

Prov. (| |)

Codice fiscale

Telefono

Cellulare

Indirizzo

Comune

Provincia

Cap

Persone di riferimento

Cognome

Nome

Telefono

Cellulare

Indirizzo

Comune

Provincia

Cap

Cognome

Nome

Telefono

Cellulare

Indirizzo

Comune

Provincia

Cap