

Il/La sottoscritto/a nato/a a il
residente a via Tel.

CHIEDE

Che il proprio/a (indicare parentela) Sig./Sig.ra..... nato/a
a il CF residente a
Via Tel., venga inserito/a nella lista di attesa per essere
ospitato/a presso la Residenza Protetta “G. Di Bari” di codesta Associazione. A tal fine dichiara che lo stesso/a
non è AUTOSUFFICIENTE,

è coniugato/a

non è coniugato/a è

vedovo/a

di avere n.....figli, il cui nome e indirizzo è il seguente:

1) Tel.

2) Tel.

3) Tel.

4) Tel.

Dichiara che il proprio congiunto:

è affetto/a da malattie infettive o comunque contagiose

non è affetto/a da malattie infettive o comunque contagiose

In caso affermativo specificare la malattia

Dichiara inoltre che:

è in grado di poter affrontare le spese della retta che gli sono state comunicate

non è in grado di poter affrontare le spese della retta che gli sono state comunicate

La presente domanda non è impegnativa per nessuna delle parti e costituisce unicamente un dato informativo per la Direzione della R.P. che valuterà e formerà una graduatoria per gli ingressi, e per il richiedente un'espressione di volontà.

La domanda avrà valore due anni a partire dalla data di compilazione della presente. Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del D. LGS 196/2003.

Fano, lì

Firma

.....

ANNOTAZIONI

- Camera singola:
- Pensione accompagnamento:
- Contributi ASL:
- Invalidità:
- Patologie cliniche:

- Attualmente ospite presso:
- Dimissione al

- Altre osservazioni: