

RICHIESTA DI AMMISSIONE

Ospite fisso

Ospite temporaneo – periodo _____ Richiesta del _____

Validità: 1 anno

Provenienza del richiedente:

Domicilio

Ospedale/Clinica/Centro di Riabilitazione

Casa per Anziani

Dati anagrafici

Cognome _____

Cognome da nubile _____

Nome _____

Sesso M F

Data di nascita _____

Luogo di nascita _____

Via e no. _____

NAP e Luogo _____

Telefono _____

No. AVS _____

Nazionalità _____

Lingua _____

Ex professione _____

Nome Coniuge _____

Religione _____

Stato Civile _____

Prestazione complementare (PC): SI NO Richiesta in corso

Assegno Grande Invalido (AGI): SI NO Richiesta inviata

Se si da quando: _____ e di grado esiguo medio elevato

Cassa Malati _____

no. tesserino 80756 _____

Sezione _____

No. Assicurato _____

Medico curante _____

No. Tel. _____

Indirizzo del Medico curante _____

PER FAVORE ALLEGARE FOTOCOPIA DEL TESSERINO DI CASSA MALATI

Persona di riferimento

Cognome _____

Nome _____

Via e no. _____

NAP e Luogo _____

No. Telefono _____

Grado di Parentela _____

e-mail _____

Persona di riferimento

Cognome _____

Nome _____

Via e no. _____

NAP e Luogo _____

No. Telefono _____

Grado di Parentela _____

Persona di riferimento

Cognome _____

Nome _____

Via e no. _____

NAP e Luogo _____

No. Telefono _____

Grado di Parentela _____

Stato di salute/dati generali

Disposizione di ultime volontà SI NO

Diagnosi conosciute: Afasia Sclerosi Multipla Emiparesi Demenza

Mezzi di Locomozione: Carrozzina Deambulatore Bastone

Necessita di trattamenti da fisioterapista SI NO

Stato nutrizionale: Diabete Disfagia PEG Sondino

Allergie alimentari _____

Altezza/peso attuali _____

Luogo e data _____

Firma di chi fa la richiesta _____

Grado di parentela _____