

RICHIESTA DATI PER L'AMMISSIONE

Richiesta effettuata da: _____ in data: _____

Urgente dal: _____

DATI ANAGRAFICI:

Cognome: _____ Nome: _____

Indirizzo: _____ CAP e località: _____

Intestazione: _____ Nr. AVS: _____

Data di nascita: _____ Sesso: _____

Attinenza: _____ Luogo nascita: _____

Padre / Madre: _____ / _____

Nazionalità / Lingua: _____ / _____

Italiano: _____

Situazione personale: _____

Nome coniuge: _____

Medico curante: _____ Medico desiderato: _____

AGI: No Esiguo Medio Elevato

Religione: _____ Assistenza spirituale: _____

Tel. ass. spirituale: _____ Permesso stranieri: _____

Ex professione: _____

DATI SOGGIORNO:

Provenienza: _____ Istituto di provenienza: _____

Motivo entrata: _____

Rendite residente: AVS AI PC Altre

INDIRIZZI PARENTALI:

Grado parentela /
amicizia: _____

Cognome e Nome: _____

Indirizzo: _____ Località: _____

E-mail: _____

Telefono: _____ / _____ / _____

Grado parentela /
amicizia: _____

Cognome e Nome: _____

Indirizzo: _____ Località: _____

E-mail: _____

Telefono: _____ / _____ / _____

Grado parentela /
amicizia: _____

Cognome e Nome: _____

Indirizzo: _____ Località: _____

E-mail: _____

Telefono: _____ / _____ / _____

DATI PER FATTURE:

Cassa malati: _____ Sezione di: _____
Nr. Assicurato: _____ Contatto: _____
Telefono: _____

Eventuale invio fatture a:

Grado parentela /
amicizia: _____
Cognome e Nome: _____
Indirizzo: _____ Località: _____
Telefono: _____ / _____ / _____

ALTRE INFORMAZIONI:

Viveva solo: SÌ NO _____ Titolo di Studio: _____
Negli ultimi 5 anni è già stato: Questo istituto Un'altra casa anziani Un altro istituto
 Un istituto psichiatrico Un istituto per handicappati mentali
 Nessuno dei precedenti
Lavaggio biancheria c/o Solarium: SÌ NO
Telefono: SÌ NO Linea diretta: SÌ NO Autorizzazione chiamate in uscita: SÌ NO

Luogo e data:

Firma del residente o del rappresentante legale:
