

DOMANDA DI AMMISSIONE

Cognome e nome:

Indirizzo: CAP Località:

Numero AVS: Confessione:

Attinenza: Paternità-Maternità:

Luogo di nascita: Data di nascita:

Stato civile: Ex professione:

A.G.I: Nessuno Grado esiguo Grado medio Grado elevato

Prestazione complementare: sì no

Provenienza: Domicilio Altre case anziani Ospedali o cliniche Altro

Cassa malati: Sede di:

Nr. Assicurato:

Camera: Comune Privata Semi – privata

Medico curante: Tel.

Precedenti soggiorni o ricoveri

..... dal: al:

..... dal: al:

..... dal: al:

voltare p.f.

Familiari o altri parenti

Cognome e nome:	
Indirizzo:	
Telefono:	Cellulare:
Indirizzo e-mail:	
Grado parentela:	

Cognome e nome:	
Indirizzo:	
Telefono:	Cellulare:
Indirizzo e-mail:	
Grado parentela:	

Cognome e nome:	
Indirizzo:	
Telefono:	Cellulare:
Indirizzo e-mail:	
Grado parentela:	

Eventuale rappresentante legale

Cognome e nome:	
Indirizzo:	
Telefono:	Cellulare:
Indirizzo e-mail:	

Garante per il pagamento della retta

Cognome e nome:	
Indirizzo:	
Telefono:	Cellulare:
Indirizzo e-mail:	

Osservazioni:

Luogo e data:

Firma: