



DOMANDA PER L'INSERIMENTO SU

- POSTO LETTO ACCREDITATO A CONTRATTO**
 POSTO LETTO SOLVENTE
 A TEMPO DETERMINATO
 A TEMPO INDETERMINATO

DI:

Sig./Sig.ra: _____

Nato/a a: _____ il: _____

Residente a: _____

Codice fiscale: _____ n° telefono: _____

Dati del richiedente/firmatario del contratto di ingresso/garante

Il/la sottoscritto/a: _____ nato/a il _____ a _____

Residente a: _____

Codice fiscale: _____ n° telefono: _____

Indirizzo e-mail _____

In qualità di: _____

DICHIARA

Di conoscere ed accettare le condizioni relative al ricovero presso la residenza, così come indicate nella Carta dei Servizi.

INOLTRE

Esprime il consenso al trattamento, all'archiviazione e alla raccolta dei miei dati qualificati come personali, con particolare riguardo a quelli c.d. "sensibili", al fine di permettere la valutazione da parte del medico e l'inserimento in lista d'attesa (Art. 13 Regolamento n.2016/679 UE e Normativa Privacy Nazionale vigente).

Data: _____

Firma: _____

GRADO DI ISTRUZIONE:

- ANALFABETA
 SCUOLA ELEMENTARE
 SCUOLA MEDIA INFERIORE
 SCUOLA MEDIA SUPERIORE
 LAUREA
 DATO NON RILEVATO

STATO CIVILE:

- NUBILE/CELIBE
 VEDOVO/A
 CONIUGATO/A
 SEPARATO/A
 DIVORZIATO/A
 DATO NON RILEVATO

INDENNITA' ACCOMPAGNAMENTO:

- SI
 NO
 IN ATTESA

PROFESSIONE SVOLTA:

- OPERAIO/A
 AGRICOLTORE
 LAVORATORE AUTONOMO
 IMPIEGATO/A
 CASALINGA
 ALTRO _____
 DATO NON RILEVATO

PENSIONE:

- ANZIANITA'/VECCHAIA
 MINIMA/SOCIALE
 REVERSIBILITA'
 ALTRO _____
 DATO NON RILEVATO

FIGLI VIVENTI:

- MASCHI _____
 FEMMINE _____
 NO



SEZIONE RISERVATA ALL'UFFICIO RICEVENTE

ANAMNESI SOCIALE

MOTIVO DELLA RICHIESTA

PROVENIENZA

PRESENZA CARE GIVER

SI NOME E GRADO DI PARENTELA _____

RECAPITI _____

NO

PARZIALE

DATO NON RILEVATO

NOMINATIVO MMG _____

RECAPITO _____

INDIRIZZO MAIL _____

DATA

FIRMA