

**AMBITO TERRITORIALE VALLE SERIANA
AREA ANZIANI / CUP**

MODULO DI RICHIESTA PER L'ACCESSO IN R.S.A. / NON RESIDENTI

Il/la sottoscritto/a nat_ a prov. il / /

residente a Prov. c.a.p. in Via N°

tel. Stato civile

Tessera sanitaria Codice fiscale

Tipo di pensione Invalidità civile % Legge 104/92 si no

Indennità di accompagnamento si no pratica in corso

Grado d'istruzione professione svolta

Attuale collocazione: a casa propria in ospedale altra struttura

presso un familiare residente a Via n. Tel.

Richiede l'inserimento nella R.S.A. (specificare l'ordine di preferenza) di:

<input type="checkbox"/> Albino	<input type="checkbox"/> Cene	<input type="checkbox"/> Leffe
<input type="checkbox"/> Alzano L.do	<input type="checkbox"/> Gandino	<input type="checkbox"/> Nembro
<input type="checkbox"/> Casnigo	<input type="checkbox"/> Gazzaniga	<input type="checkbox"/> Vertova

Familiare o persona di riferimento:

Cognome e nome	grado di parentela
nato/a il / ... /	residente a prov.
in Via n° c.a.p.	telefono

Cognome e nome	grado di parentela
nato/a il / ... /	residente a prov.
in Via n° c.a.p.	telefono

Ai sensi del decreto legislativo n:196/03 "Codice della privacy" si autorizza il trattamento dei dati personali.

Luogo e data

FIRMA
(dell'interessato)

Per i richiedenti impossibilitati alla firma

La su estesa dichiarazione è stata resa dal Sig./Sig.ra _____, impossibilitato alla sottoscrizione (D.P.R. n.445 del 28/12/2000, art.4), in presenza del funzionario incaricato previo accertamento dell'identità mediante conoscenza diretta o esibizione del documento _____ n. _____ rilasciato da _____ il _____

Data _____

Il funzionario incaricato
(qualifica e firma leggibili)

Si prega di voler comunicare eventuali cause di cancellazione dalle liste d'attesa (decesso, inserimento in altra struttura, ...) contattando i seguenti numeri: 035.759707 o 035.759631.