

CONFERMA DOMANDA DI AMMISSIONE

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Provincia _____

Il (gg/mm/aaaa) _____

Residente a _____ Indirizzo _____

Rivolge istanza per essere ammesso alla Casa dell'Anziano Massimo Lagostina in qualità di

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ospite RSA | <input type="checkbox"/> Ospite Centro diurno Integrato |
| <input type="checkbox"/> Ospite Nucleo Alzheimer | <input type="checkbox"/> Ospite Centro diurno |

Per necessità comunicare a (nome, cognome) _____

Residente a _____ Indirizzo _____

Relazione di parentela con l'ospite _____

Telefono _____ Cellulare _____

Annotazioni _____

Attenzione: allegare alla domanda l'autocertificazione su stato di famiglia