

Spett.le
FONDAZIONE Ente Celeri ONLUS
Via Taglierini n. 25
25043 Breno

DOMANDA DI AMMISSIONE

IN R.S.A. - C.D.I.

Il/la sottoscritto/a _____

nato a _____ (pr _____) il _____

residente a _____ (pr _____) in Via _____ n. _____ tel _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazione mendace, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

di essere seguito dai servizi territoriali _____
di trovarsi nella condizione non autosufficienza sanitaria come da certificato medico allegato:

CHIEDE

di essere ammesso in R.S.A. C.D.I. esprimendo preferenza per le Strutture di:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Si impegna a corrispondere alla R.S.A. C.D.I. struttura ospitante la retta stabilita e a comunicare all'ASL eventuale rinuncia all'ammissione.

_____ li _____

In fede

(firma del richiedente)

PERSONA DI RIFERIMENTO (per aspetti economici e legali)

In caso di mancanza di parenti da compilarsi da parte del Comune.

nome e cognome _____ grado di parentela _____

residente a _____ (_____) via _____ tel _____

In fede

Allegati: Scheda sanitaria

Scheda sociale

Scheda utente

Consenso trattamento dei dati personali

Richiesta di ammissione presentata da terza persona (ove necessario)