

### **RICHIESTA DI FRUIZIONE SERVIZI PER ANZIANI.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

### **C H I E D E**

- Ricovero a tempo indeterminato**
- Ricovero a tempo determinato dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_**
- Trasferimento dalla Struttura di \_\_\_\_\_**
- Centro Diurno Integrato**

Per se stesso

Per il/la Sig./ra \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_

Pertanto allega:

- Scheda Sanitaria (compilata dal MMG / ospedaliero).**
- Dichiarazione di assunzione di spesa da parte di un familiare o del Comune di residenza (per i casi previsti dalla Legge).**
- Certificato di residenza o autocertificazione attestante la residenza.**
- Fotocopia della tessera sanitaria, della tessera esenzione ticket, del documento d'identità.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**La domanda di ricovero sarà valida per un anno, salvo venga presentata una nuova scheda sanitaria aggiornata.**

Vi informiamo inoltre che il trattamento dei Vostri dati è da noi eseguito nel rispetto del D.Lgs. 196/03 sulla privacy. In relazione a tale trattamento potete esercitare tutti i diritti di cui all'art. 7, contattandoci agli usuali recapiti.”