

Via Trento n. 10 – 46100 MANTOVA
Tel. 0376/2091 – Fax 0376/325950

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**
- Centro Diurno Integrato**
- Ricovero a tempo determinato dal _____ al _____**
- Trasferimento dalla Struttura di _____**
- Stanza singola**
- Ricovero di sollievo**
- Marmiolo**

Per se stesso

Per il/la Sig./ra _____

Nato/a _____ il _____

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.

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

Nel caso di accesso in altra RSA la domanda verrà esclusa dall'ATS da tutte le graduatorie.

Data _____

Firma _____

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."