

A.S.P. II. RR. B	DOMANDA DI AMMISSIONE	Mod. 21 Rev. 3
---------------------	-----------------------	-------------------

A.S.P.
ISTITUTI RIUNITI DI BENEFICENZA
RESIDENZA PROTETTA "G. BALDUCCI"
C.F. 81002290542 P. IVA 01220980542 TEL 0759417808 – FAX 0759417722
e-mail: iirrb@informatica95.com;residenzabalducci@gmail.com

DOMANDA DI AMMISSIONE

del/la Sig./ra.....

N.B.: Si prega di scrivere in stampatello o a macchina.

Il/La sottoscritto/a: _____ nella qualità di

diretto interessato parente (.....) conoscente

del/della Signor/Signora _____

Cognome..... Nome.....

Nato/a a..... Prov. di il

residente a..... Prov. di Via n.....

telefono/..... e.mail

Carta d'identità n. rilasciata dail

valida fino al

Nome del Medico curante
-------------------------	-------

A.S.P. II. RR. B	DOMANDA DI AMMISSIONE	Mod. 21 Rev. 3
---------------------	-----------------------	-------------------

Cognome del coniuge (se vivente o deceduto)

Coniugato/a Vedovo/a Celibe/Nubile Separato/a Divorziato/a

Figli n..... Professione esercitata nel passato.....

Scolarità.....

Attualmente vive: solo/a con familiare altro.....

Referente:

Cognome..... Nome.....

Nato/a a..... Prov.....

Residente a..... Prov..... Via..... n.....

Telefono/.....

DOMANDA

Di essere ammesso/a (*oppure*) che il/la Signor/a sia ammesso/a nella Residenza Protetta “**G. BALDUCCI**” gestita dagli A.S.P. II.RR.B., dopo aver preso visione del Regolamento vigente ed averlo integralmente accettato sottoscrivendo questo documento, con particolare riguardo agli artt. 6 (retta) e 9 (pagamento della retta), 7, comma 2 (pagamento delle spese sanitarie non previste dal S.S.N.), 12, comma 2 (responsabilità dei beni non custoditi dall’Istituto), 14 (responsabilità negli orari di uscita dall’Istituto), 19 (pagamento delle spese funerarie).

Umbertide

Il richiedente

Il familiare referente
(specificare il grado di parentela)

.....

SPAZIO RISERVATO ALL’UFFICIO
Data di ingresso Ospite in struttura: