

DOMANDA DI INSERIMENTO IN R.P. VALVERDE GIUSTENICE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A: COGNOME _____ NOME _____

RESIDENTE IN _____ VIA _____ N° _____

TEL. _____ INDIRIZZO E.MAIL _____

IN QUALITA' DI: DIRETTO/A INTERESSATO/A ALTRO(precisare) _____

(consapevole delle sanzioni civili e penali in caso di dichiarazione mendace o di esibizione di atti falsi o non più rispondenti a verità, giusto il disposto degli art. 75-76 DPR 445/2000 dichiara, sotto la propria responsabilità, che i dati forniti sono veritieri e completi e si impegna a comunicarne tempestivamente ogni variazione)

CHIEDE PER:

Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ il _____ stato civile _____

residente in _____ Via _____ n° _____

Attualmente Domiciliato* a _____ Via _____ n° _____

* se diverso dalla residenza

Ricoverato c/o Struttura/Ospedale _____
(rep.) _____

Affetto/a da _____

RICOVERO PRIVATO C/O R.P. VALVERDE – VIA TRIESTE, 5 – 17027 GIUSTENICE (SV)

TEL. E FAX. 019/637151 – INDIRIZZO E.MAIL: valverdegiustenice@gmail.com

Si allega relazione medica attestante le attuali condizioni di salute del paziente. Certificato vaccinale covid

Al momento dell' ingresso in Struttura, presentare carta identità del paziente, tessera sanitaria cartacea, tessera sanitaria plastificata, terapia in atto certificata dal medico curante, eventuale documentazione sanitaria relative a visite specialistiche o ricoveri ospedalieri

DATA _____

FIRMA _____