

# Richiesta preventiva di ammissione

**presso:**

Casa di riposo Don Guanella

Via Fontana 3

6874 CASTEL SAN PIETRO



CASA DON GUANELLA

**DATI DEL RESIDENTE 1/3**

---

Cognome

Nome

N° AVS

Luogo di nascita

Data di nascita

Stato civile

Cognome e nome del coniuge

Via, n°

NAP e luogo

Attinenza (per gli stranieri, nazionalità e permesso)

Paternità

Maternità (Cognome da nubile)

Religione

Cassa Malati / Sez.

Nr. di carta cassa malati

Medico curante

Ex Professione

Lingua madre

**DATI DEL RESIDENTE 2/3****Situazione familiare**

Il richiedente vive

 con coniuge / convivente solo /a con i figli con altri parenti con altre persone**Situazione finanziaria**

Il richiedente dispone dei seguenti proventi

 AVS AI Prestazione complementare AGI cassa pensione altre rendite

**DATI DEL RESIDENTE 3/3**

Richiesta di camera singola quando disponibile

Provenienza dell'ospite

Domicilio

Altra casa per anziani

Ospedale o clinica

Altro

Nome istituto

L'ospite negli ultimi 5 anni ha soggiornato

In questo istituto

In un altro istituto

In un'altra casa anziani

In un istituto psichiatrico

In un istituto per handicappati mentali

Nessuno dei precedenti

## DATI DEI FAMILIARI / CURATORE / RAPPRESENTANTE LEGALE 1/2

### 1 Persona di riferimento

- |   |                                   |  |
|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Familiare          | <input type="checkbox"/> Curatore | <input type="checkbox"/> Rappresentante legale |
| <input type="checkbox"/> Figlio             |                                   |  |
| <input type="checkbox"/> Nipote             |                                   |  |
| <input type="checkbox"/> Coniuge            |                                   |  |
| <input type="checkbox"/> Fratello / sorella |                                   |  |

Cognome

Nome

Via e n°

NAP e luogo

Recapito telefonico - cellulare

Recapito telefonico - domicilio

Recapito telefonico - ufficio

e-mail

### 2.

- |                                 |   |                                |
|---------------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Figlio | <input type="checkbox"/> Coniuge            | <input type="checkbox"/> Altro |
| <input type="checkbox"/> Nipote | <input type="checkbox"/> Fratello / sorella | .....                          |

Cognome

Nome

Via e n°

NAP e luogo

Recapito telefonico - cellulare

Recapito telefonico - domicilio

Recapito telefonico - ufficio

e-mail

**DATI DEI FAMILIARI / CURATORE / RAPPRESENTANTE LEGALE 2/2****3.**

- |                                 |   |                                |
|---------------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Figlio | <input type="checkbox"/> Coniuge            | <input type="checkbox"/> Altro |
| <input type="checkbox"/> Nipote | <input type="checkbox"/> Fratello / sorella | .....                          |

Cognome

Nome

Via e n°

NAP e luogo

Recapito telefonico - cellulare

Recapito telefonico - domicilio

Recapito telefonico - ufficio

e-mail

**4. Persona a cui inviare la fattura**

- |                                 |   |                                |
|---------------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Figlio | <input type="checkbox"/> Coniuge            | <input type="checkbox"/> Altro |
| <input type="checkbox"/> Nipote | <input type="checkbox"/> Fratello / sorella | .....                          |

Cognome

Nome

Via e n°

NAP e luogo

Recapito telefonico - cellulare

Recapito telefonico - domicilio

Recapito telefonico - ufficio

e-mail