

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 FAMIGLIARI / CURATORE / RAPPRESENTANTE LEGALE 1/2

1 Persona di riferimento

- | | | |
|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Famigliare | <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 FAMIGLIARI / 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