

## RICHIESTA DATI PER L'AMMISSIONE

Richiesta effettuata da: \_\_\_\_\_ in data: \_\_\_\_\_

Urgente dal: \_\_\_\_\_

### DATI ANAGRAFICI:

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ CAP e località: \_\_\_\_\_

Intestazione: \_\_\_\_\_ Nr. AVS: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Sesso: \_\_\_\_\_

Attinenza: \_\_\_\_\_ Luogo nascita: \_\_\_\_\_

Padre / Madre: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nazione: \_\_\_\_\_

Nazionalità / Lingua: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Italiano: \_\_\_\_\_

Situazione personale: \_\_\_\_\_

Nome coniuge: \_\_\_\_\_

Medico curante: \_\_\_\_\_ Medico desiderato: \_\_\_\_\_

AGI:  No  Esiguo  Medio  Elevato

Religione: \_\_\_\_\_ Assistenza spirituale: \_\_\_\_\_

Tel. ass. spirituale: \_\_\_\_\_ Permesso stranieri: \_\_\_\_\_

Ex professione: \_\_\_\_\_

### DATI SOGGIORNO:

Provenienza: \_\_\_\_\_ Istituto di provenienza: \_\_\_\_\_

Motivo entrata: \_\_\_\_\_

Rendite ospite:  AVS  AI  PC  Altre

### INDIRIZZI PARENTALI:

Grado parentela /  
amicizia: \_\_\_\_\_

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ Località: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Grado parentela /  
amicizia: \_\_\_\_\_

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ Località: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Grado parentela /  
amicizia: \_\_\_\_\_

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_ Località: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**DATI PER FATTURE:**

Cassa malati: \_\_\_\_\_ Sezione di: \_\_\_\_\_  
Nr. Assicurato: \_\_\_\_\_ Contatto: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_

**Eventuale invio fatture a:**

Grado parentela /  
amicizia: \_\_\_\_\_  
Cognome e Nome: \_\_\_\_\_  
Indirizzo: \_\_\_\_\_ Località: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**ALTRE INFORMAZIONI:**

Viveva solo:  SÌ  NO  \_\_\_\_\_ Titolo di Studio: \_\_\_\_\_  
Negli ultimi 5 anni è già stato:  Questo istituto  Un'altra casa anziani  Un altro istituto  
 Un istituto psichiatrico  Un istituto per handicappati mentali  
 Nessuno dei precedenti  
Lavaggio biancheria c/o Solarium:  SÌ  NO  
Telefono:  SÌ  NO Linea diretta:  SÌ  NO Autorizzazione chiamate in uscita:  SÌ  NO

**Luogo e data:**

\_\_\_\_\_

**Firma del residente o del rappresentante legale:**

\_\_\_\_\_