

Il sottoscritto, con la firma del presente formulario, richiede l'inserimento nella lista d'attesa per l'entrata presso la Fondazione Parco San Rocco di Morbio Inferiore o Coldrerio della persona qui sotto indicata.

Il Parco San Rocco rende attenti che:

- la persona da ricoverare verrà inserita nella lista d'attesa esclusivamente se viene ritornato il presente formulario debitamente compilato e firmato. La richiesta rimarrà valida per 6 mesi dalla data apposta in calce, dopo di che, se la Casa non riceve alcun aggiornamento, la pratica verrà chiusa;
- la presente richiesta non dà automaticamente il diritto al ricovero; la Casa procederà all'ammissione degli ospiti secondo i propri impegni e le priorità imposte dai singoli casi.
- Se la richiesta di entrata in struttura è urgente vi preghiamo di allegare un certificato medico.

PERSONA DA OSPITARE	
Cognome:	Data di nascita:
Nome:	Luogo di nascita:
Via:	Nr. AVS: 756.
Domicilio:	Nome Cassa malati: Nr. assicurato:
Attinenza:	Nr. Europeo presente sul tesserino: 80756
Nazionalità:	Copertura assicurativa (classe comune, privata, semiprivata):
Religione:	Beneficiario/a di un assegno grande invalido <input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no
Stato civile:	Beneficiario/a di prestazione complementare AVS/AI? <input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no
Ev. cognome e nome coniuge:	
Interessato/a al Parco San Rocco: <input type="radio"/> Coldrerio <input type="radio"/> Morbio Inferiore	
Attualmente si trova:	
Motivo della richiesta:	
Camera desiderata: <input type="radio"/> singola <input type="radio"/> doppia <input type="radio"/> preferenza singola, ev. doppia	
Nome e indirizzo medico curante:	

PERSONE DI CONTATTO / RAPP. AMMINISTRATIVO	
Cognome:	Telefono:
Nome:	Ev. cellulare:
Via:	E-mail:
Domicilio:	Grado di parentela:
Luogo e data:	Firma del richiedente:
_____	_____