

**DOMANDA DI
ACCOGLIENZA**



FONDAZIONE CASA DI RIPOSO DI GATTINARA ETS
Via F. Patriarca, 20 | 13045 Gattinara (VC)
Tel. - 0163-833534
C.F. 80002110023 | P.I. 01422580025
E-mail Direzione:
direzione@casadiriposodigattinara.it
E-mail Segreteria:
segreteria@casadiriposodigattinara.it
E-mail Infermeria:
infermeria@casadiriposodigattinara.it

Il/la sottoscritto.....
residente nel comune di.....
in via.....n°.....
telefono n°.....
relazione di parentela.....
codice fiscale.....

CHIEDE

il ricovero nella
Fondazione Casa di Riposo di Gattinara del Sig./Sig.ra:

cognome.....nome.....
nato il.....a.....prov.....
stato civile.....
residente a.....
via.....
codice fiscale.....

DICHIARA

di essere/non essere in grado di provvedere personalmente alle proprie necessità.

SI IMPEGNA

1. a corrispondere entro il giorno 5 di ogni mese la retta stabilita dal Consiglio di Amministrazione;
2. ad accettare le disposizioni che regolano la vita presso la Fondazione Casa di Riposo di Gattinara.

Firma per accettazione

.....

Data