

**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](mailto:direzione@casadiriposodigattinara.it)  
E-mail Segreteria:  
[segreteria@casadiriposodigattinara.it](mailto:segreteria@casadiriposodigattinara.it)  
E-mail Infermeria:  
[infermeria@casadiriposodigattinara.it](mailto: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 .....