

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

La Fondazione Casa 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.

PERSONA DA OSPITARE	
Cognome:	Data di nascita:
Nome:	Luogo di nascita:
Via:	Nr. AVS: 756._____._____.
Domicilio:	Cassa malati:
Attinenza:	Nr. assicurato:
Nazionalità:	Copertura (classe comune, privata, semiprivata):
Religione:	
Stato civile:	
<i>Ev. cognome e nome coniuge:</i>	
Attualmente si trova:	
Motivo della richiesta:	
Camera desiderata: <input type="radio"/> singola // <input type="radio"/> doppia // <input type="radio"/> preferenza singola, ev. doppia	
Nome medico curante:	
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: