



Il/La sottoscritto/a
nato/a a Prov. (... ..) il
residente a Prov. (... ..)
in via n. CAP
N°. di telefono per qualsiasi comunicazione
C.F.
N. Tessera Sanitaria
N. esenzione TICKET
Medico di Medicina Generale Dr.

CHIEDE

di essere ammesso/a come ospite presso il Centro Servizi "Residenza Le Rose" di Lozzo Atestino allegando alla presente:

1. Fotocopia Carta d'identità, Codice fiscale, Tessera Sanitaria (cartacea e europea), ed esenzione ticket per invalidità.
2. **Allegato A** "Certificazione medica di accesso" e **Allegato B** "Valutazione autonomia vita quotidiana" debitamente compilati.

In caso di ammissione il/la sottoscritto/a si impegna a:

- **Presentarsi in Centro Servizi "Residenza Le Rose" per la firma del contratto di ospitalità;**
- **Sottoporsi a controlli sanitari ritenuti necessari dai medici incaricati presso la residenza;**
- **Osservare il Regolamento Interno in vigore presso la residenza stessa.**

Lozzo Atestino, lì _____

(**Firma** del richiedente o dei parenti garanti)
(grado di parentela)_____

PERSONE DI RIFERIMENTO PER EVENTUALI COMUNICAZIONI

Nome e Cognome	Residenza	Telefono e EMAIL



RISERVATO ALLA RESIDENZA

<input type="checkbox"/> NON AUTOSUFFICIENTE RIDOTTO	<input type="checkbox"/> NON IDONEO
<input type="checkbox"/> NON AUTOSUFFICIENTE MEDIO	
IL MEDICO RESPONSABILE	<input type="checkbox"/> IDONEO

Lozzo Atestino, _____

La Direzione