



Casa di Riposo - Missionarie della Divina Rivelazione
Via delle Vigne Nuove, 459 - 00139 Roma
Partita IVA: 17635201001 - CF: 97217730585 - Autorizzazione: CD/47463/2013
info@comeinfamiglia.it - Tel. 06 871 309 63

DOMANDA DI AMMISSIONE

DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA RICHIEDENTE O PER LA QUALE SI CHIEDE L'AMMISSIONE

COGNOME

NOME

La sottoscritta

COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA

PROV.

DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

nata a

C.A.P.

COMUNE DI RESIDENZA

PROV.

INDIRIZZO (via, piazza, numero civico)

TELEFONO

residente a

N. DI UN DOCUMENTO VALIDO D'IDENTITÀ

RILASCIATO DA

DATA DEL RILASCIO

Documento d'identità n.

Medico curante tel.

ASL di appartenenza

Esenzioni

CHIEDE

di essere ammessa come ospite presso la Casa di Riposo "Missionarie della Divina Rivelazione - Come in Famiglia"

COMUNICA

i seguenti nominativi ed indirizzi di famigliari e/o conoscenti ai quali la struttura potrà rivolgersi in caso di necessità con le priorità indicate:

COGNOME E NOME

RELAZIONE DI PARENTELA

INDIRIZZO

TELEFONO

1

2

3



Casa di Riposo - Missionarie della Divina Rivelazione
Via delle Vigne Nuove, 459 - 00139 Roma
Partita IVA: 17635201001 - CF: 97217730585 - Autorizzazione: CD/47463/2013
info@comeinfamiglia.it - Tel. 06 871 309 63

ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE

- Copia di un documento d'identità in corso di validità
- Copia tessera sanitaria
- Certificazione medica di Accesso compilata
- Altri documenti allegati

.....
.....

DICHIARA

che tutti i dati riportati sulla presente richiesta sono completi e veritieri

di avere letto **l'informativa sul trattamento dei dati personali** (MOD. 005) e di esprimere il proprio consenso al trattamento dei medesimi, sempre nei limiti per le finalità e la durata precisati nell'informativa

Distinti saluti

data

firma
