

Spett.le
CASA DI RIPOSO G.FOGLIOTTI
Via Generale Volpini n° 145
14057 ISOLA D'ASTI

Il/la sottoscritto/a _____
residente in _____ tel _____
Via _____
Nella sua qualità di _____

Rivolge domanda al fine di ottenere l'ammissione a codesta Casa di Riposo, con sistemazione in camera da n° 2 p.l. di :

Cognome _____ Nome _____
Nato a _____ Il _____
Coniugato/vedovo di _____
Residente in _____ Via _____
Codice fiscale _____ Documento identità _____
Rilasciato da _____ il _____
Titolare di pensione cat _____ N° _____
A carico dell'Ente _____ rilasciata il _____
Di importo mensile di euro _____

Figli viventi

1) _____ residente _____ tel _____
2) _____ " _____ " _____
3) _____ " _____ " _____

Altri famigliari

1) _____ residente _____ tel _____
2) _____ " _____ " _____

La commissione Sanitaria Prov.le ha riconosciuto un'invaldit  pari al 100% con il diritto all'indennit  di accompagnamento con decorrenza _____

E' in corso domanda tendente ad ottenere tale indennit , inoltrata il _____

Allega:

- certificazione medica rilasciata dal medico personale del/la signor/a _____ che ne attesta:
 - l'autosufficienza
 - la parziale autosufficienza
 - la non autosufficienza

- certificato di residenza
- stato anagrafico di famiglia
- estratto atto di nascita
- codice fiscale
- tesserino S.S.N./ eventuale esenzione tickets
- verbale di riconoscimento di invalidità civile (o copia della domanda)
- per le persone per cui la Pubblica Amministrazione interviene sull'integrazione retta, copia dell'impegno di pagamento.

Isola d'Asti, il

Firma
