

Fondazione Casa di Riposo di Ghedi Ghedi - Brescia	Mod. 7.2-15 Richiesta d'ingresso dell'ospite in posto letto di sollievo	Ed. 1 Rev 0 del 01.07.2017
---	--	-------------------------------

Richiesta di ricovero in posto letto di sollievo

<p>Il sottoscritto</p> <p style="text-align: center;"><i>chiede</i></p> <p><input type="checkbox"/> di essere ricoverato</p> <p><input type="checkbox"/> che il/la signor/a _____ possa essere ricoverato</p> <p>in un posto letto di sollievo della RSA della Fondazione Casa di Riposo di Ghedi nel periodo dal al.....</p>		
Dati del ricoverando		
Cognome e nome:		
Paternità : fu	Maternità : fu	
Stato civile :	Coniugato/a con :	
Data di nascita :	Luogo :	
Comune di residenza :	Provincia : BS	ASL: 02
Indirizzo e n° civico : Via		
Cittadinanza : Italiana	n° biancheria:	
N° figli : maschi : femmine : Viventi :		
Codice Sanitario :	Esenzione Ticket :	
Invaldità :	Indennità di accompagnamento : <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	
Codice fiscale :		
Lavoro svolto :		
Istruzione :		
Servizio Parrucchiera/e:	SI	NO
Pensione: <input type="checkbox"/> Nessuna <input type="checkbox"/> Anzianità/Vecchiaia <input type="checkbox"/> Sociale <input type="checkbox"/> Speciale (guerra..) <input type="checkbox"/> Reversibilità <input type="checkbox"/> Invalidità		
Prenota dal:		
Impegno al pagamento della <b style="background-color: yellow;">retta di € 68,00 al giorno : signor		
Attraverso bonifico bancario presso		
Data ingresso :		

Fondazione Casa di Riposo di Ghedi Ghedi - Brescia	Mod. 7.2-15 Richiesta d'ingresso dell'ospite in posto letto di sollievo	Ed. 1 Rev 0 del 01.07.2017
---	--	-------------------------------

PERSONE DI RIFERIMENTO

<i>Cognome e nome:</i>	<i>Cognome e nome :</i>
<i>Indirizzo : Via</i>	<i>Indirizzo : Via</i>
<i>Città e CAP:</i>	<i>Città e CAP :</i>
<i>Telefono 1 :</i>	<i>Telefono 1 :</i>
<i>Telefono 2 :</i>	<i>Telefono 2 :</i>
<i>Grado di parentela :</i>	<i>Grado di parentela :</i>
<i>Codice Fiscale:</i>	<i>Codice Fiscale:</i>
<i>Data di nascita:</i>	<i>Data di nascita:</i>

Firma:

<i>Riservato alla Fondazione</i>	
<i>Ricevuto in data</i>	<i>Protocollo n°</i>
<i>n° SOSIA:</i>	<i>Classe SOSIA:</i>

Si autorizza il ricovero.

Il Responsabile Sanitario.