

DOMANDA D'AMMISSIONE SOGGIORNO TEMPORANEO VILLA MIGNON

Cognome e Nome:

.....

Nato/a a: il:

Stato civile:

.....

Indirizzo:

.....

Domicilio:

.....

Telefono:

.....

Attinenza:

.....

Cassa malati: Sezione di:

.....

Medico curante:

.....

Religione:

.....

Parenti o conoscenti da contattare in caso di bisogno:

Cognome e Nome: parentela	Indirizzo e no. telefono	Grado di
------------------------------	--------------------------	----------

.....

.....

.....

.....

Beneficiario di:

Prestazione complementare si no

Assegno grande invalido si no

Durata prevista del soggiorno:

Dal al



Garante pagamento della retta:

Cognome e Nome: Indirizzo e no. telefono Grado di
parentela

.....

Abitudini quotidiane

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Aspettative e desideri

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Osservazioni:

.....
.....

Luogo e data: Timbro e firma: