

RICHIESTA DI AMMISSIONE AI SERVIZI

Il/la sottoscritt _____

in qualità di: ☐ diretto interessato
☐ familiare
☐ tutore / amministratore
☐ altro _____

Chiede per:

Cognome e Nome _____

nat__ a _____ il _____ e residente a _____

in via _____ n. _____ telefono _____

codice fiscale _____ Medico di base _____

L'attivazione di:

- ☐ Assistenza domiciliare
☐ Servizio pasti
☐ Centro Diurno
☐ Rete Alzheimer (Sapad)

Persone di riferimento da contattare:

Cognome e nome _____

Legame con il beneficiario _____

Telefono _____ Mail _____

Cognome e nome _____

Legame con il beneficiario _____

Telefono _____ Mail _____

Dichiara che il nucleo familiare di stabile convivenza del beneficiario è composto da:

NOME

GRADO DI PARENTELA

- 1) _____
2) _____
3) _____
4) _____

