

Cognome:	Nome:		
Nato il:	A:		
Residente in: Via:	N°	Comune:	Prov.
Domiciliato in: Via:	N°	Comune:	Prov.
Azionista de Lanuovacolonia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

PERSONA DI RIFERIMENTO

1	Parentela:	Cognome e nome:		
	Domiciliato in: Via:	N°	Comune:	Prov.
	Telefono casa:	Cellulare:		
	e-mail:			

IN CASO DI TUTORE / CURATORE / AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO NOMINATI

2	Cognome e nome:			
	Domiciliato in: Via:	N°	Comune:	Prov.
	Telefono casa:	Cellulare:		
	e-mail:			

PERIODO PER IL QUALE VI È INTERESSE AL SOGGIORNO

A partire dal:	fino alla data:
<input type="radio"/> a tempo indeterminato	

TIPOLOGIA DI RICOVERO

<input type="radio"/> in regime di RSA
<input type="radio"/> in regime Ricovero di Sollievo (fino a 90 gg)
<input type="radio"/> in regime di Ricovero Post-Ospedaliero (massimo 30 gg)

COME E' VENUTO A CONOSCENZA DELLA RSA

<input type="radio"/> Stampa	<input type="radio"/> Sito Web
<input type="radio"/> Social network	<input type="radio"/> Passaparola
<input type="radio"/> Medico di Medicina Generale	<input type="radio"/> Servizi Sociali
<input type="radio"/> Medico Specialista	<input type="radio"/> Radio

Firma dell'interessato: _____

Data _____

PER L'INVIO: e-mail: rsa@lanuovacoloniaspa.com Contatto telefonico: 0342/6580	Lanuovacolonia RSA RSA Roncaglia di Civo Fraz. Roncaglia di Sotto, 114 23010 Civo – SO
--	--