

AL PRESIDENTE  
della Fondazione "Marcello Zanetti"  
Centro Servizi alla Persona  
Via Piave, 32  
37050 Oppeano (VR)

DOMANDA DI ACCOGLIMENTO

A Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

B Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
nella sua qualità di \_\_\_\_\_  
del Sig. \_\_\_\_\_

C Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
nella sua qualità di \_\_\_\_\_  
del Sig. \_\_\_\_\_

CHIEDE

l'accoglimento presso questa Casa di Riposo.

Allo scopo dichiara:

- di accettare in ogni sua parte il Regolamento Interno;
- di impegnarsi al pagamento della retta mensile di ospitalità entro i primi cinque giorni di ogni mese.

Oppeano, li \_\_\_\_\_

FIRMA DEL RICHIEDENTE O SUO FAMILIARE

\_\_\_\_\_

I sottoscritti familiari si obbligano con il richiedente al pagamento della retta mensile di ospitalità sottoscrivendo la relativa dichiarazione.

FIRMA DEI FAMILIARI \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DOCUMENTI RICHIESTI:**

- **CARTA D'IDENTITA'**
- **TESSERA SANITARIA DEL MEDICO**
- **TESSERA SANITARIA MAGNETICA**
- **ATTESTATO DI ESENZIONE FARMACI**
- **CERTIFICATO DI ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA PER MOTIVI DI REDDITO**
- **VERBALE DI ACCERTAMENTO DELL'INVALIDITA' CIVILE, DELLE CONDIZIONI VISIVE E DELLA SORDITA'**
- **VERBALE COMMISSIONE MEDICA PER L'ACCERTAMENTO HANDICAP E DISABILITA' LAVORO L. 104/92**