

Al Sig. **PRESIDENTE**
Fondazione "REGINA DELLA PACE"
Piazza Ospedale, 6
12030 SCARNAFIGI

Oggetto: **DOMANDA DI AMMISSIONE.**

Il/La sottoscritt _____,
nat_ a _____ (____) il _____, stato civile _____,
residente in _____ (____) - Via _____ n. ____

CHIEDE

di essere accolt _ quale Ospite presso codesta Casa di Riposo.

Allega alla presente:

- dichiarazione medica
- indice di valutazione funzionale globale
- atto di impegno per il versamento della retta di soggiorno (compilato e sottoscritto da un parente)
- carta d'identità in copia
- tessera sanitaria in copia.

data _____

IL RICHIEDENTE
