

RESIDENZA "CONTE CANEVARO"

Via Antica Romana 27- 16035 Zoagli tel: 0185259049 fax: 0185250034 e-mail info@residenzacanevaro.com

Scheda di ricovero per residenti (da almeno 5 anni) nel Comune di Zoagli

Io/noi sottoscritto/a/i

Cognome nome

residente in

telefono

Località

n. fisso

cellulare

indirizzo

Via / Piazza e n. civico

in qualità di

Grado di parentela

Chiedo / chiediamo il ricovero di

Cognome e nome

nato/a a

Luogo

Data

residente in

Località

Via / Piazza e n. civico

Dichiaro / dichiariamo che la retta verrà assolta direttamente da

Cognome e nome

Oltre al sottoscritto, informazioni sullo stato di salute del ricoverato potranno essere riferite anche ai Signori _____

Zoagli

Data

Firma

Si precisa che i ricoveri in struttura sono subordinati al parere del medico responsabile dell'Ente e che avvengono dal lunedì al venerdì. La visita può essere effettuata presso l'Ente o a domicilio. In caso di visita domiciliare l'onere è a totale carico del richiedente.

Allegata scheda del _____ compilata dal medico dott./ dott.ssa

Cognome e nome del medico

Richiesta presentata il _____ e registrata al n. _____ di protocollo.