

RESIDENZA "CONTE CANEVARO"

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

Scheda di ricovero per non residenti 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 a	
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.