



Casa di Riposo - Santa Famiglia del Sacro Cuore  
Via delle Vigne Nuove, 459 - 00139 Roma  
Partita IVA: 01104651003 - CF: 02703320586 - Autorizzazione: CD/47463/2013  
info@comeinfamiglia.it - Tel. 06 87130963

## DOMANDA DI AMMISSIONE

### DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA RICHIEDENTE O PER LA QUALE SI CHIEDE L'AMMISSIONE

COGNOME

NOME

La sottoscritta .....

COMUNE O STATO ESTERO DI NASCITA

PROV.

DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

nata a .....

C.A.P.

COMUNE DI RESIDENZA

PROV.

INDIRIZZO (via, piazza, numero civico)

TELEFONO

residente a .....

N. DI UN DOCUMENTO VALIDO D'IDENTITÀ

RILASCIATO DA

DATA DEL RILASCIO

Documento d'identità ..... n. ....

Medico curante ..... tel. ....

ASL di appartenenza .....

Esenzioni .....

### CHIEDE

di essere ammessa come ospite presso la Casa di Riposo "Santa Famiglia del Sacro Cuore - Come in Famiglia"

### COMUNICA

i seguenti nominativi ed indirizzi di famigliari e/o conoscenti ai quali la struttura potrà rivolgersi in caso di necessità con le priorità indicate:

COGNOME E NOME

RELAZIONE DI PARENTELA

INDIRIZZO

TELEFONO

1 .....

2 .....

3 .....



Casa di Riposo - Santa Famiglia del Sacro Cuore  
Via delle Vigne Nuove, 459 - 00139 Roma  
Partita IVA: 01104651003 - CF: 02703320586 - Autorizzazione: CD/47463/2013  
info@comeinfamiglia.it - Tel. 06 87130963

### **ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE**

- Copia di un documento d'identità in corso di validità
- Copia tessera sanitaria
- Certificazione medica di Accesso compilata
- Altri documenti allegati .....

.....  
.....

### **DICHIARA**

che tutti i dati riportati sulla presente richiesta sono completi e veritieri

di avere letto **l'informativa sul trattamento dei dati personali** (MOD. 005) e di esprimere il proprio consenso al trattamento dei medesimi, sempre nei limiti per le finalità e la durata precisati nell'informativa

Distinti saluti

data

\_\_\_\_\_

firma

\_\_\_\_\_