Casa di Riposo Sen. B. Borelli
Pieve di Teco

MOD 1

Dati dell'Ospite da Ricoverare

Cognome:_____ Nome:_____

Data di nascita:_____/____/_____ Luogo di nascita :_____ Prov. (____)

Cod.Fiscale:|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| ASL:_____

Residenza : Comune _____ Prov.(_____)

Via _____N° (_____)

Medico di fiducia : Dr. _____ Tel. Studio :_____ Tel.cell._____

Invalidità:_____

(allegare copia rilasciata dalla Commissione Invalidi competente)

Rilasciata da :_____Il : _____/_____/_____

Stato civile :_____ Professione :_____

Pensione : 1 _____

2 _____

3 Mod.730 / 740 e/o Mod. 101 CUD

Servizio sociale Comune di :_____ Integrazione Retta:_____

Operatore Riferente : _____

Parente : Sig._____Tel. casa : _____

Tel. cellulare :_____

Indirizzo : via_____Città :_____