



DOMANDA DI OSPITALITA'

Il/La Sig.

nato/a il a prov.

residente in Vian.

cap prov. ASL di appartenenza

stato civile	
coniugato/a	con
vedovo/a	di
celibe/nubile	separato/a
divorziato/a	Non dichiarato

CHIEDE

di essere ammesso presso la RSA "Fondazione G. ARNAUD" per:

ricovero a lunga degenza ricovero temporaneo per mesi n.

Motivo della domanda
<input type="checkbox"/> ha perso l'autonomia fisica/psichica
<input type="checkbox"/> la famiglia non è in grado di provvedere
<input type="checkbox"/> vive solo/a
<input type="checkbox"/> la casa non è idonea
<input type="checkbox"/> altro

Iniziativa della domanda
<input type="checkbox"/> la persona stessa
<input type="checkbox"/> familiari o affini
<input type="checkbox"/> assistente sociale o altri servizi
<input type="checkbox"/> medico
<input type="checkbox"/> tutore
<input type="checkbox"/> altro

Attualmente la persona è in

<input type="checkbox"/> Ospedale	Quale
<input type="checkbox"/> Casa di Riposo	Dove
<input type="checkbox"/> Casa del familiare	Chi
<input type="checkbox"/> Casa del coniuge	
<input type="checkbox"/> Casa da solo	
<input type="checkbox"/> altro	

INVALIDITA':

Si No in accertamento

Riceve assegno di accompagnamento:

Si No in fase di erogazione

VISITA U.V.G.

mai effettuata

richiesta

prevista per il

effettuata in data con punteggio R.S.A.

Recapito familiari o parenti

1. Cognome e nomegrado di parentela
Via/Piazza n.
Cap. Città Prov.
Telefono..... Email

2. Cognome e nomegrado di parentela
Via/Piazza n.
Cap. Città Prov.
Telefono..... Email

3. Cognome e nomegrado di parentela
Via/Piazza n.
Cap. Città Prov.
Telefono..... Email