



DOMANDA DI OSPITALITÀ

Il/La sottoscritto/a (diretto interessato) _____

oppure

Il/La sottoscritto/a _____

residente a _____ Via e n. _____

recapito tel. _____ Cell. _____

E - mail _____

in qualità di _____

(legale rappresentante, familiare, prossimo congiunto, convivente o responsabile della struttura)

del Sig./della Sig.ra _____

PRESENTA

domanda di ammissione a questa RSA per:

- posto a pagamento dal _____ al _____;
- posto autosufficiente dal _____ al _____;
- servizio di presa in carico diurna continuativa dal _____ al _____.

Dati anagrafici della persona interessata all'ammissione:

Nome _____ Cognome _____

nato/a _____ il _____ residente a _____

in Via _____ nr. _____

Motivo della domanda:



Posto a pagamento	Retta giornaliera in camera doppia	€ 129,45
	Retta giornaliera in camera singola	€ 134,45
Autosufficiente	Retta giornaliera in camera doppia	€ 48,93
	Retta giornaliera in camera singola	€ 53,93
Servizio di presa in carico diurna continuativa	Vedi tariffario servizio	

Predaia, Fraz. Taio _____

Firma _____

Spazio riservato agli uffici amministrativi:
