



## ASP "CAV. MARCO ROSSI SIDOLI"

Via Duca degli Abruzzi n. 27 -43053- Compiano (PR)  
Tel. 0525-825116 Fax 0525-825374 E-mail info@rossisidoli.com  
P. IVA 00799990346 - C. F. 81000140343

### RICHIESTA DI INGRESSO IN STRUTTURA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### RIVOLGE ISTANZA

di ingresso presso codesta struttura del Sig. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
fa presente che il Sig. \_\_\_\_\_ è:

- AUTOSUFFICIENTE
- PARZIALMENTE AUTOSUFFICIENTE
- NON AUTOSUFFICIENTE

e che la retta verrà pagata:

- DALL'INTERESSATO
- DAI FAMILIARI CON PARTE DELLA PENSIONE
- PENSIONE AD INTEGRAZIONE DEL SEGUENTE ENTE PUBBLICO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

fa presente che il parente o congiunto cui fare riferimento per ogni eventualità è il Sig.

\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

dichiara inoltre sotto la propria responsabilità di aver preso conoscenza del regolamento di gestione di codesta struttura e di accettarne il contenuto.

FIRMA \_\_\_\_\_

Si allegano alla presente i seguenti documenti:

1. relazione medica rilasciata dal medico di famiglia o altro medico;
2. regolamento della struttura.

Documenti da presentare al momento dell'ingresso:

1. Certificato di nascita;
2. Stato di famiglia;
3. Tessera sanitaria sia cartacea che plastificata;
4. Certificato di residenza;
5. Carta d'identità;
6. Eventuali altri documenti sanitari.