

**Richiesta di inserimento nella graduatoria**

Il/La sottoscritto/a .....  
Nome Cognome

**CHIEDE**

di essere inserito nella graduatoria per i ricoveri nella RESIDENZA SANITARIA DISABILI (R.S.D.)

OPPURE

Il/La sottoscritto/a .....  
Nome Cognome

in qualità di .....  
Grado di parentela

del sig. / della sig.<sup>ra</sup> .....  
Nome Cognome

**CHIEDE**

che il/la proprio/a congiunto/a venga inserito/a nella graduatoria per i ricoveri nella R.S.D.

(La presente richiesta è inoltrata con il consenso del ricoverando)

**Il sottoscritto si impegna a pagare la retta di ricovero stabilita dall'Ente.** All'atto dell'ingresso nella struttura dovranno essere sottoscritti l'impegno di spesa per il pagamento della retta ed altri documenti.

..... li ..... firma .....

Si autorizza il sig. / la sig.<sup>ra</sup> .....  
Nome Cognome

a ritirare la posta per mio conto.

..... li ..... firma .....

---

Spazio riservato alla struttura

Prot. n° ..... Presentata il .....

Rif. Lista Attesa ..... Accettata da .....

**Dati anagrafici del ricoverando**

Nome ..... Cognome .....

Nato/a a ..... Prov. .... CAP ..... Il .....

Residente a .....

Via..... n° .....

Recapito telefonico ..... Cellulare .....

Componenti Stato di famiglia:

Cognome e Nome	Data di nascita	Grado di parentela

Cognome acquisito ..... Nome del padre .....

Nome della madre ..... Coniugato/a con .....

Vedovo/a di ..... N° figli .....

**Situazione familiare**

Genitori in vita n° ..... Età del padre ..... Età della madre .....

Fratelli / Sorelle conviventi n° ..... Familiari conviventi n° .....

**Altre informazioni relative al ricoverando**

Stato civile:	<input type="checkbox"/> Coniugato/a	<input type="checkbox"/> Celibe/Nubile	<input type="checkbox"/> Vedovo/a
	<input type="checkbox"/> Divorziato/a	<input type="checkbox"/> Separato/a	<input type="checkbox"/> Non dichiarato

Scolarità:	<input type="checkbox"/> Nessun titolo	<input type="checkbox"/> Licenza elementare
<input type="checkbox"/> Licenza media o avviamento	<input type="checkbox"/> Diploma	<input type="checkbox"/> Laurea

Codice fiscale .....

Documento d'identità n° .....

Rilasciata da ..... il .....

Tessera sanitaria n° ..... ASL di .....

Esenzione ticket n° ..... del .....

per patologia ..... per invalidità civile .....

Annotazioni .....

.....  
 .....

**Dati anagrafici dei familiari o persone di riferimento**

Nome ..... Cognome .....

Grado di parentela .....

Residente a..... CAP .....

Via..... n° .....

Recapito telefonico..... Cell. .... Fax. ....

Nome ..... Cognome .....

Grado di parentela .....

Residente a..... CAP .....

Via..... n° .....

Recapito telefonico..... Cell. .... Fax. ....