



**Fondazione**  
**“Villa della Fraternità – ONLUS”**  
*Centro Residenziale per Anziani*

DOMANDA DI RICOVERO

**Il/La Sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

**Il/La Sottoscritto/a** \_\_\_\_\_  
**in qualità di responsabile del ricoverando Sig./a** \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

ASL di residenza \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_

Codice Fiscale n.     

stato civile:       celibe / nubile       coniugato/a       vedovo/a

fu di \_\_\_\_\_ e fu di \_\_\_\_\_

CHIEDE

**di essere ricoverato presso il Centro Residenziale per Anziani “Villa della Fraternità” di S. Andrea Jonio- CZ.**

**che il/la Sig./a** \_\_\_\_\_ **sia ricoverato presso il Centro Residenziale per Anziani “Villa della Fraternità” di S. Andrea Jonio- CZ.**



**Fondazione**  
**“Villa della Fraternità – ONLUS”**  
*Centro Residenziale per Anziani*

**RECAPITI FAMILIARI O CONOSCENTI**

Cognome e nome	Grado di parentela	Indirizzo (via e numero civico)
Comune	Cap	Tel
Cell	E-mail	Fax

Cognome e nome	Grado di parentela	Indirizzo (via e numero civico)
Comune	Cap	Tel
Cell	E-mail	Fax

Cognome e nome	Grado di parentela	Indirizzo (via e numero civico)
Comune	Cap	Tel
Cell	E-mail	Fax

Cognome e nome	Grado di parentela	Indirizzo (via e numero civico)
Comune	Cap	Tel
Cell	E-mail	Fax

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**(Firma)**

**Allegati: 1. Relazione sanitaria del Medico Curante**