



sol.co mantova
residenza sanitario assistenziale



ROSSONANO

Il/La sottoscritto/a residente nel Comune di
in via..... telefono
cell in qualità di (precisare se diretto interessato, genitore, tutore,
amm. di sostegno o altro)

C H I E D E

l'ammissione quale ospite presso la **R.S.D. "Rossonano"** di Mantova a favore di

nome / cognome nato a
il residente a in via
tel. codice fiscale codice sanitario.....
eventuale invalidità civile riconosciuta (indicare diagnosi e data di riconoscimento) :

-- indicazioni relative a:

- Domanda di ingresso a tempo **indeterminato**
- Domanda di ingresso a tempo **determinato** (dal..... al)

-- luogo di vita della persona per cui si chiede l'ingresso:

- Presso il proprio nucleo familiare
- Altro (precisare quale struttura, con quale decorrenza, eventuale data di dimissione)

-- Chi si assumerà l'onere della spesa?

data.....

(firma del richiedente)

- Allegati alla presente domanda :

- Relazione sanitaria aggiornata
- Autorizzazione al trattamento dei dati sensibili

Residenza Sanitario Assistenziale per Persone con Disabilità

via del Toscani 1 - MN | cell. 348 7686808 | fax 0376 265046 | rsdrossonano@solcomantova.it

sol.co mantova - consorzio di cooperative sociali - società cooperativa sociale

c.f. p.iva 01610080200 | Iscrizione Albo Società Cooperative n° A127249 | www.solcomantova.it



sol.co mantova
residenza sanitario assistenziale



ROSSONANO