



Fondazione Onlus "LONGINI MORELLI SIRONI"

Via Morelli n. 10 tel. 030/954234 fax 030/9547170

25020 PRALBOINO (BS)

Cod. Fisc. 88003570178 Part. IVA 00621130988

E-mail: rsapralboino2015@gmail.com

Pec: rsapralboino@pec.it

www.rsapralboino.net



OGGETTO: Richiesta di accesso al servizio di "NON ACCREDITATI"

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ residente in _____

tel. _____ Codice Fiscale _____

Tessera Sanitaria N° _____ Medico Curante _____ tel. _____

Visto e presa conoscenza delle norme del regolamento interno del RSA POSTI NON ACCREDITATI della Fondazione Onlus Longini-Morelli-Sironi di Pralboino, sempre consultabile sul sito della Fondazione www.rsapralboino.net.

CHIEDE

di accedere al servizio socio assistenziale RSA POSTI NON ACCREDITATI della Fondazione Onlus "Longini-Morelli-Sironi" di Pralboino accettando incondizionatamente le norme e disposizioni previste dal Regolamento.

Allego alla presente la richiesta medica e la scheda informativa predisposta dal medico curante e rimango in attesa di una bnevola accettazione.

DICHIARA

che ai sensi dell'art. 433 C.C. e segg. , si farà carico del pagamento dei servizi richiesti ed usufruitti.

Il richiedente o il Signore/a _____ parente dell'interessato, si impegna a versare e/o ulteriori aumenti, che in ogni caso dovessero essere deliberati dal Consiglio di Amministrazione dell'Ente.

Pralboino, li

IL RICHIEDENTE

Allegati: Certificato medico Asl
Carta identità
Tessera sanitaria
Verbale invalidità