

Al Sig. **PRESIDENTE**  
Casa di Riposo "REGINA DELLA PACE"  
Piazza Ospedale, 6  
12030 SCARNAFIGI

Oggetto: **DOMANDA DI AMMISSIONE.**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_,  
nat\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_, stato civile \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) - Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere accolt\_\_ quale Ospite presso codesta Casa di Riposo.

*Allega alla presente:*

- dichiarazione medica
- indice di valutazione funzionale globale
- certificato di esenzione da malattie infettive
- atto di impegno per il versamento della retta di soggiorno (compilato e sottoscritto da un parente)
- autorizzazione al trattamento dei dati personali e sensibili
- carta d'identità in copia
- tessera sanitaria in copia.

data \_\_\_\_\_

**IL RICHIEDENTE**

---