



RICHIESTA VISITA STRUTTURA

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

Il _____ in qualità di _____

Telefono _____ Cellulare _____ Mail _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità, dichiara quanto segue:

Dati del paziente:

Nome e Cognome _____

Nato/a il _____ a _____ e residente a _____

In Via/Piazza _____ n° _____

Stato civile: celibe/nubile sposato/a convivente vedovo/a

Provenienza:

casa

ospedale quale _____ data del ricovero _____

altra struttura quale _____ data del ricovero _____

Tipologia del ricovero richiesto:

a tempo determinato per n. mesi _____

a tempo indeterminato

necessità di ingresso: urgente breve termine (entro un mese) lungo termine

motivo del ricovero: _____

Come è venuto a conoscenza della Dimora Marigold?:

medico.....

pubblicità.....

internet.....

passaparola

Disponibilità per appuntamento visita:

Giorni della settimana: _____

Fascia oraria: _____

Data

Firma del dichiarante

Tale richiesta dovrà essere compilata in tutte le sue parti, sottoscritta ed inviata via mail a: info@dimoramariogld.it o consegnata a mano presso la segreteria della struttura negli orari di ufficio.