

ALLEGATO A – Domanda di Ammissione

 <p>Le Residenze del Benessere</p>	
<h1>RESIDENZA PER ANZIANI BELLAVALLE</h1>	
Via Selve 240/A - 40036 Monzuno (BO) tel. 051/6770050 Fax 051/6770406 mail: bellavalle@leresidenzedelbenessere.it web: www.leresidenzedelbenessere.it	<h2>DOMANDA DI AMMISSIONE</h2>
PAG. 1	
Sig./Sig.ra _____ nato/a _____ ()	
il _____ residente in _____	
Via _____ n. _____ cod. fisc. _____	
proveniente da _____	
Cognome e nome del Parente/ garante _____	
grado di parentela _____	
residente _____ in via _____	
cod.fiscale _____	
recapiti familiari tel. _____ cell. _____	
<input type="checkbox"/> contratto t. determinato inf. ai 3 mesi data di ingresso ___/___/___	
<input type="checkbox"/> contratto t. indeterminato sup. ai 3 mesi data di ingresso ___/___/___	
importo retta autosufficienza € _____ importo retta € _____	
caparra confirmatoria € _____ versata il _____	
Autorizza, al cambio medico <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
Autorizza al cambio di residenza <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	

