

DOMANDA D'AMMISSIONE SOGGIORNO TEMPORANEO VILLA MIGNON

Cognome e Nome:

.....

Nato/a a: il:

Stato civile:

.....

Indirizzo:

.....

Domicilio:

.....

Telefono:

.....

Attinenza:

.....

Cassa malati: Sezione di:

.....

Medico curante:

.....

Religione:

.....

Parenti o conoscenti da contattare in caso di bisogno:

Cognome e Nome:	Indirizzo e no. telefono	Grado di parentela
-----------------	--------------------------	--------------------

.....

.....

.....

.....

Beneficiario di:

Prestazione complementare si no

Assegno grande invalido si no

Durata prevista del soggiorno:

Dal al

