



## MODULO DI RICHIESTA INSERIMENTO PRESSO HOTEL "A"

Cognome e nome..... Luogo e data di nascita.....

Residenza ..... Via .....

Famigliare referente ..... Tel .....

### Tipologia di ricovero

Ricovero definitivo

Ricovero di sollievo

n° mesi ..... (dal ...../...../..... al ...../...../..... compresi)

Centro Diurno

Lunedì  Martedì  Mercoledì  Giovedì  Venerdì  Sabato  Domenica

Con cena  Senza cena

Allego alla presente la "Scheda di inserimento – Medico Curante" e la "Scheda di inserimento – Famiglia/Caregiver".

Per qualsiasi necessità o informazione aggiuntiva è possibile contattare il Responsabile delle Relazioni Pubbliche al numero telefonico 345-4670467 (dal lunedì al venerdì), oppure inviare una mail all'indirizzo: melofond@gmail.com.

Gallarate, lì .....

Firma

.....

