

# MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Cognome:		Nome:	
Nato il:		A:	
Residente a:	Via:	N°	
Domiciliato a:	Via:	N°	
Azionista de Lanuovacoloniaspa		SI	NO
<b>PERSONA DI RIFERIMENTO</b>			
1	Parentela:	Cognome e nome:	
	Residente a:	Via:	N°
	Telefono casa:	Cellulare:	
	e-mail:		
<b>IN CASO DI TUTORE / CURATORE / AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO NOMINATI</b>			
2	Cognome e nome:		
	Residente a:	Via:	N°
	Telefono casa:	Cellulare:	
	e-mail:		
<b>PERIODO PER IL QUALE VI È INTERESSE AL SOGGIORNO</b>			
A partire dal:		fino alla data:	
<input type="checkbox"/> a tempo indeterminato			
<b>TIPOLOGIA DI RICOVERO</b>			
<input type="checkbox"/> in regime di RSA			
<input type="checkbox"/> in regime Ricovero di Sollievo (fino a 90gg)			
<input type="checkbox"/> in regime di Ricovero Post-Ospedaliero			
<b>COME E' VENUTO A CONOSCENZA DELLA RSA</b>			
<input type="checkbox"/> Giornali		<input type="checkbox"/> Sito Web	
<input type="checkbox"/> Social network		<input type="checkbox"/> Passaparola	
<input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale		<input type="checkbox"/> Servizi Sociali	
<input type="checkbox"/> Medico Specialista		<input type="checkbox"/> Radio	

Firma dell'interessato \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**PER L'INVIO:**

e-mail: [rsa@lanuovacoloniaspa.com](mailto:rsa@lanuovacoloniaspa.com)  
Contatto telefonico: 0342/6580

Lanuovacoloniaspa RSA  
RSA Roncaglia di Civo  
Fraz. Roncaglia di Sotto, 11423010 Civo –SO