

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE

Cognome:		Nome:	
Nato il:		A:	
Residente a:	Via:	N°	
Domiciliato a:	Via:	N°	
Azionista de Lanuovacoloniaspa		SI	NO
PERSONA DI RIFERIMENTO			
1	Parentela:	Cognome e nome:	
	Residente a:	Via:	N°
	Telefono casa:	Cellulare:	
	e-mail:		
IN CASO DI TUTORE / CURATORE / AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO NOMINATI			
2	Cognome e nome:		
	Residente a:	Via:	N°
	Telefono casa:	Cellulare:	
	e-mail:		
PERIODO PER IL QUALE VI È INTERESSE AL SOGGIORNO			
A partire dal:		fino alla data:	
<input type="checkbox"/> a tempo indeterminato			
TIPOLOGIA DI RICOVERO			
<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			
COME E' VENUTO A CONOSCENZA DELLA RSA			
<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
Contatto telefonico: 0342/6580

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