

DICHIARAZIONE DEI FAMILIARI

I sottoscritti in qualità di familiari del/la Sig./ra _____

1) Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ (----) il _____

Residente in via _____ a _____

Telefono _____ grado di parentela _____

Firma _____

2) Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ (----) il _____

Residente in via _____ a _____

Telefono _____ grado di parentela _____

Firma _____

3) Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ (----) il _____

Residente in via _____ a _____

Telefono _____ grado di parentela _____

Firma _____

4) Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ (----) il _____

Residente in via _____ a _____

Telefono _____ grado di parentela _____

Firma _____

5) Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ (----) il _____

Residente in via _____ a _____

Telefono _____ grado di parentela _____

Firma _____

Dichiarano di essere consapevoli e consenzienti al ricovero del/la proprio/a familiare al ricovero presso la Casa Protetta o RSA (Residenza Sanitaria Assistenziali)