



# FONDAZIONE SERLINI ETS

## R.S.A. E CENTRO MULTISERVIZI ANZIANI

Via Monte Grappa, 101 - 25035 Ospitaletto (BS)  
Tel. Amministrazione 030643366 - Fax 0306846315 - Tel. Infermeria 030640225  
C.F. 80019030172 - P.IVA 01738780178  
e-mail [rsaserlini@pec.it](mailto:rsaserlini@pec.it) - [segreteria@rsaserlini.it](mailto:segreteria@rsaserlini.it) - [www.rsaserlini.it](http://www.rsaserlini.it)

### DOMANDA DI INGRESSO SU POSTO AUTORIZZATO NON ACCREDITATO (POSTO DI SOLLIEVO)

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a..... il .....  
residente a ..... Prov. ....  
via .....  
Tel..... Cell. ....  
e-mail.....

Spazio per la data d'arrivo

### CHIEDE IL RICOVERO A TEMPO DETERMINATO per il periodo dal ..... al .....

VISTO  
IL PRESIDENTE

VISTO  
IL DIRETTORE GENERALE

per se stesso

**oppure**

in qualità di:     Parente         Terzo         Tutore         Curatore         Amministratore di sostegno

per il/la Sig./ra .....  
nato/a a..... il .....  
residente a ..... Prov.....  
via .....

Cognome e nome e recapito telefonico di altre persone di riferimento:

.....  
.....

Allega alla presente domanda la seguente documentazione relativa al futuro ospite:

- scheda di valutazione clinico-funzionale compilata dal proprio Medico di Medicina Generale
- certificato di residenza o autocertificazione attestante la residenza
- fotocopia della tessera sanitaria e del documento di identità

Data .....

Firma .....

Per ritiro del Regolamento interno per l'accesso al posto autorizzato non accreditato (posto di sollievo)

Data .....

Firma .....

Colloquio conoscitivo in data: ..... ore.....	Primo rifiuto del posto in data: .....
Accettazione del posto in data: .....	Secondo rifiuto del posto in data: .....
Ingresso in struttura in data: ..... ore.....	Terzo rifiuto e cancellazione dalla lista in data: .....

originale per la Fondazione "Serlini"

fotocopia per il richiedente