

F O N T E N U O V O

Residenze di Ospitalità per Anziani - Fondazione - O.N.L.U.S.

Via E. dal Pozzo, 61 - 06126 PERUGIA

tel. 075/5722556 Centralino

075/5722345 Servizio Amministrativo

Fax 075/5722347

www.fontenuovo.it - e-mail: segreteria@fontenuovo.191.it

DOMANDA DI INGRESSO

COGNOME _____

NOME _____

- RESIDENZA PROTETTA "FONTENUOVO"**
Via Enrico dal Pozzo n. 61 – 06126 Perugia Tel. 075/5722556

- RESIDENZA PROTETTA "CASA DI ACCOGLIENZA M. IMMACOLATA"**
Via Torino n. 1 – 06055 Marsciano (Pg) Tel. 075/8741575

RISERVATO ALLA SEGRETERIA GENERALE

<i>Valutazione sintetica della UVG</i>	<i>Indicare con una X</i>
Anziano Parzialmente Non Autosufficiente	
Anziano Non Autosufficiente	

Data emissione	Revisione	N° complessivo di pagine	Firma Responsabile Emissione	Firma Responsabile Qualità	Cod. Documento
22/01/2007	00	Pagina 1 di 6	Sig.ra Patrizia Tosti	Dott. Stefano Aquinardi	01-AMM-M-DomandIngresOsp-Rev 00

Fontenuovo – Residenze di Ospitalità per Anziani – Fondazione O.N.L.U.S.	Processo: Domanda Ingresso Ospiti	Obiettivo: Richiesta di inserimento in Residenza Protetta
---	-----------------------------------	---

Data emissione	Revisione	N° complessivo di pagine	Firma Responsabile Emissione	Firma Responsabile Qualità	Cod. Documento
22/01/2007	00	Pagina 4 di 6	Sig.ra Patrizia Tosti	Dott. Stefano Aquinardi	01-AMM-M-DomandIngresOsp-Rev 00

PERSONE DI RIFERIMENTO DELL'ANZIANO

Cognome _____	Nome _____
Indirizzo _____	
Recapiti telefonici 1) _____	2) _____ 3) _____
Grado di parentela _____	Professione _____

Cognome _____	Nome _____
Indirizzo _____	
Recapiti telefonici 1) _____	2) _____ 3) _____
Grado di parentela _____	Professione _____

Cognome _____	Nome _____
Indirizzo _____	
Recapiti telefonici 1) _____	2) _____ 3) _____
Grado di parentela _____	Professione _____

Cognome _____	Nome _____
Indirizzo _____	
Recapiti telefonici 1) _____	2) _____ 3) _____
Grado di parentela _____	Professione _____

Cognome _____	Nome _____
Indirizzo _____	
Recapiti telefonici 1) _____	2) _____ 3) _____
Grado di parentela _____	Professione _____

Fontenuovo – Residenze di Ospitalità per Anziani – Fondazione O.N.L.U.S.	Processo: Domanda Ingresso Ospiti	Obiettivo: Richiesta di inserimento in Residenza Protetta
---	-----------------------------------	---

Data emissione	Revisione	N° complessivo di pagine	Firma Responsabile Emissione	Firma Responsabile Qualità	Cod. Documento
22/01/2007	00	Pagina 6 di 6	Sig.ra Patrizia Tosti	Dott. Stefano Aquinardi	01-AMM-M-DomandIngresOsp-Rev 00