



Spettabile

Fondazione Onlus Casa di Riposo Beata Cristina

Via Benefattori 24 Calvisano (BS)

Oggetto: Comunicazione Referente Ospite

Con la presente io sottoscritto/a _____, in qualità di

Primo Referente firmatario del Contratto di Assistenza Sociosanitaria per l'ospitalità del/della Sig./ra

_____ *impedito/ta a rendere
dichiarazione per ragioni connesse allo stato di salute,

al fine di perfezionare tutte le procedure presso la Vostra struttura della persona sopra indicata, per quanto riguarda comunicazioni, richieste di informazioni o compilazione della documentazione necessaria alla gestione sanitaria, assistenziale ed amministrativa, DELEGO fino a nuova comunicazione il Sig. /ra:

Cognome e Nome _____

Indirizzo _____

Comune _____

Telefono _____ **Cell.** _____

Referente Contratto
Assistenza Sociosanitaria

Per accettazione
Referente Ospite

Data _____

La Direzione non si assume la Responsabilità d'individuare la persona referente, in quanto la stessa responsabilità rimane in carico alla famiglia d'origine dell'Ospite inserito in RSA.

Riservato all'Ufficio Amministrazione

Ricevuta in data _____



Spettabile

Fondazione Onlus Casa di Riposo Beata Cristina

Via Benefattori 24 Calvisano (BS)

Oggetto: Comunicazione Referente Ospite

Con la presente io sottoscritto/a _____, in qualità di

(Grado parentela, Tutore, Amministratore di Sostegno) _____

Del/della Sig.ra _____

*impedito/ta a rendere dichiarazione per ragioni connesse allo stato di salute,

al fine di perfezionare tutte le procedure presso la Vostra struttura della persona sopra indicata, comunico che, per quanto riguarda comunicazioni, richieste di informazioni o compilazione della documentazione necessaria alla gestione sanitaria, assistenziale ed amministrativa, potrete contattare il/la sottoscritto/.

Referente

Cognome e Nome _____

Indirizzo _____

Comune _____

Telefono _____ **Cell.** _____

La Direzione non si assume la Responsabilità d'individuare la persona referente, in quanto la stessa responsabilità rimane in carico alla famiglia d'origine dell'Ospite inserito in RSA.

Data _____

Firma _____

Riservato all'Ufficio Amministrazione

Ricevuta in data _____