



Rev. 6.2025

**FONDAZIONE
OSPEDALE CIVILE
DI GONZAGA**

Prot. N° _____ del _____

DATI del RICHIEDENTE

DOMANDA DI ACCOGLIMENTO IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

il/la Sig./Sig.ra
Nato/a a il
Residente a Via
Recapito Telefonico 1
Recapito Telefonico 2
Indirizzo e-mail

CHIEDE

☐ di poter usufruire di ricovero a tempo indeterminato presso la RSA Fondazione Ospedale Civile di Gonzaga per se stesso;

☐ in qualità di (indicare il grado di parentela e/o qualifica di ADS),
di poter usufruire di ricovero a tempo indeterminato presso la RSA Fondazione Ospedale Civile di Gonzaga per

DATI del PAZIENTE

il/la Sig./Sig.ra
Nato/a a il
Residente a Via

DICHIARA

- di aver preso visione dell'informativa privacy presente nella sezione dedicata del sito web www.ospedalegonzaga.it

Data, _____

Il Richiedente

Da Allegare:

1. Scheda utente;
2. Scheda clinica informativa;
3. Fotocopia della **tessera sanitaria, documento d'identità ed esenzione ticket** da stampare dal fascicolo sanitario o da richiedere al medico di base (produrre un documento ufficiale).