



*Associazione*  
**IL NUOVO FOCOLARE DI S. MARIA DI LORETO**  
via G.B. Martini, 29 20131 Milano  
Residenza Sanitaria Assistenziale – Centro Diurno Integrato  
Cod. Fisc./Part.IVA 12751590154

riconoscimento giuridico deliberazione della Giunta Regionale della Lombardia  
n. 08126 del 19/05/2003

Tel. 02-28040623 / 26827193 Fax 02-28340988 E-Mail: [ilnuovofocolare@tin.it](mailto:ilnuovofocolare@tin.it) www.ilfocolare.info

COGNOME :	<input type="text"/>	NOME:	<input type="text"/>
NATO/A IL:	<input type="text"/>	A:	<input type="text"/>
RESIDENTE A:	<input type="text"/>	PROV:	<input type="text"/>
IN VIA/P.ZA:	<input type="text"/>		

DATA INGRESSO:	<input type="text"/>	N° Pratica c.s. _____
DATA DIMISSIONE:	<input type="text"/>	N° Pratica LD dal: _____
DATA DECESSO:	<input type="text"/>	_____

**PARENTI DI RIFERIMENTO**

NOMINATIVO:	<input type="text"/>	TEL:	<input type="text"/>
NOMINATIVO:	<input type="text"/>	TEL:	<input type="text"/>
NOMINATIVO:	<input type="text"/>	TEL:	<input type="text"/>

Libretto sanitario:  ASL di provenienza:

Esenzioni:

Carta d'Identità:  del:

Cod. Fisc. :

Invalido civile:  NO  SI \_\_\_\_\_ % Domanda:  Inoltrata  Non inoltrata

Pannoloni ASL:  SI  NO Domanda:  Inoltrata  Non inoltrata

Ambulanza per eventuali trasporti:  interna  esterna \_\_\_\_\_

Biancheria:  lava a casa  lava in struttura: *sigla* \_\_\_\_\_

Proveniente da: casa

altra struttura  quale: \_\_\_\_\_

ospedale  quale: \_\_\_\_\_

Grado di istruzione .....

Professione.....

Celibe/nubile  coniugato  separato

Vedovo di: \_\_\_\_\_

Numero di figli: maschi  femmine

Situazione pensionistica:

A  B  C  D  E  F

**LEGENDA:**

- A) Anzianità - Vecchiaia
- B) Reversibilità
- C) Sociale
- D) Tipologia speciale (guerra, infortunio ecc.)
- E) Accompagnamento
- F) Nessuna pensione

Con chi vive: solo  coniuge

figli coniugati  figli non coniugati

altri  servizio domiciliare

**Parente referente (o persona incaricata)** \_\_\_\_\_

Indirizzo. \_\_\_\_\_

Problemi di relazione/Famigliari: si  no