

## DICHIARAZIONE DEI FAMILIARI

I sottoscritti, in qualità di familiari del/la Sig/Sig.ra \_\_\_\_\_

1) Cognome e Nome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

grado di parentela \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

2) Cognome e Nome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

grado di parentela \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

3) Cognome e Nome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

grado di parentela \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

4) Cognome e Nome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

grado di parentela \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

5) Cognome e Nome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

grado di parentela \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

6) Cognome e nome \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_

grado di parentela \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

DICHIARANO, CONSAPEVOLMENTE, DI CONSENTIRE AL RICOVERO DEL/LA PROPRIO/A FAMILIARE

PRESSO STRUTTURA sociosanitaria residenziale

Data \_\_\_\_\_