



Pio Ricovero
Inabili al Lavoro Onlus

Egregio Dottore/Gent.ma Dottoressa,

la Direzione e il personale sanitario di questa
Fondazione potrebbero avere la necessità di contattare il medico curante, durante
il soggiorno nella nostra Struttura dell'ospite _____, Suo/a
assistito/a, Sig./Sig.ra _____.

A tale scopo La preghiamo cortesemente di compilare in ogni sua parte il presente
modulo. Grazie.

NOME E COGNOME MEDICO CURANTE _____

CON AMBULATORIO SITO IN _____ VIA _____

TELEFONO _____ CELLULARE _____

MAIL _____

CONTATTABILE NEI SEGUENTI ORARI E GIORNI _____

**PARENTE DI RIFERIMENTO PER LA FORNITURA DEI FARMACI AL PROPRIO
CONGIUNTO RICOVERATO IN STRUTTURA:**

NOME E COGNOME _____

TELEFONO _____ CELL _____

MAIL _____

(firma e grado parentela)