



**Comune  
Olgiate Molgora**



**Sodalitas  
Cooperativa Sociale**

**Modulo richiesta informazioni per eventuale domanda di ricovero  
presso la Residenza Sanitaria per Anziani di OLGiate MOLGORA**

La/Il sottoscritto/a:

Cognome:	Nome:
Indirizzo: Via	Città:
e-mail:	Tel:
Cellulare:	Fax

Con la presente chiede di essere contattata  
per l'inserimento presso la nuova R.S.A.  
di Olgiate Molgora

del Sig./Sig.ra

Cognome:	
Nome:	
Indirizzo: Via	Città
di anni:	
attualmente	

residente all'indirizzo sopra indicato

ricoverato presso la struttura:

Autorizza il Comune di Olgiate Molgora all'inoltro della presente richiesta di informazione, ai soli fini di un contatto formale alla Sodalitas Società Cooperativa Sociale Onuls

Data \_\_\_\_\_

**FIRMA**

\_\_\_\_\_