

Pio Istituto Martinez - Onlus
Via Alessandro Repetto, 5
16143 – GENOVA
Tel. 010 502608

DOMANDA di ACCOGLIENZA

Cognome_____Nome_____

Paternità_____Maternità_____

Luogo di Nascita_____Data di nascita_____

Indirizzo_____

Carta d'Identità N._____rilasciata a_____il_____

Codice Fiscale_____Cg./Ved._____

Invalidità Civile_____Assegno di accomp._____

Attività lavorativa pregressa_____Titolo di Studio_____

Ha presentato domanda per essere ospitato in Ente convenzionato SI NO

Proveniente dall'Ospedale o Istituto _____

E' stato/a ospite in un altro Istituto_____

Parenti e amici:

• Nome_____Cognome_____

Indirizzo_____Tel._____

e-mail_____

• Nome_____Cognome_____

Indirizzo_____Tel._____

e-mail_____

Data_____

Firma_____