A.P.S.P. “Piccolo Spedale” di Pieve Tesino

tel. 0461/594179

Via Battaglion Feltre,19

38050 Pieve Tesino

E-mail: info@piccolospedale.it

Pec: apsp.pievetesino@pec.it

Oggetto: richiesta ingresso in struttura anno 2026.

Il/La sottoscritto/a sig/sig.ra _____, chiede la possibilità di far entrare in struttura il/la signor/a _____ nato/a a _____ il _____ e residente a _____ in via _____, n. ____.

Prende atto che l’ingresso avverrà in regime di posto letto in “libero mercato”, al costo giornaliero di **€ 120,00**.

Eventuale maggiorazione per camera singola è pari ad **€ 7,00** (previa disponibilità).

Chiede che le eventuali comunicazioni in merito alla disponibilità del posto letto sopracitato vengano fornite alle seguenti persone:

Nome Cognome _____ recapito telefonico _____

Nome Cognome _____ recapito telefonico _____

Distinti saluti.

Luogo e Data _____

Firma

_____