

**AUTORIZZAZIONE CAMBIO DI RESIDENZA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

**[ ] AUTORIZZA IL CAMBIO DI RESIDENZA**

Del/la sig./ra \_\_\_\_\_ ospite presso la Casa di Riposo “S. Antonio” in  
Via M.C. Merloni, 10 a Chiampo

**[ ] NON AUTORIZZA IL CAMBIO DI RESIDENZA**

Del/la sig./ra \_\_\_\_\_ ospite presso la Casa di Riposo “S. Antonio”

Si impegna, in caso di mancato cambio di residenza, a curare le procedure per garantire che l’ospite sia sempre in possesso di documento di identità non scaduto.

Nel caso in cui ciò non avvenisse la Casa di Riposo si ritiene autorizzata a procedere d’ufficio per il cambio di residenza al fine di poter provvedere al rinnovo del documento.

Inoltre il sottoscritto è a conoscenza che, in caso di non autorizzazione, il cambio di residenza potrà comunque essere richiesto d’ufficio dalla Casa di Riposo.

Firma

\_\_\_\_\_

Chiampo, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_