

ENTE DEL TERZO SETTORE
ISCRIZIONE AL RUNTS N. 170419

DOMANDA DI AMMISSIONE AL CENTRO DIURNO INTEGRATO

Ill.mo Presidente,

Il/La sottoscritto/a _____

Chiede

Che possa essere accolto/a come Ospite del Centro Diurno Integrato presso la Fondazione San Biagio ETS di Cavriana

Il Sig./la Sig.ra _____

Nato/a il _____ a _____

Residente in _____ Prov. _____ Via _____

Codice Fiscale _____ Tessera sanitaria _____

Telefono _____

Stato civile _____ Figli: sì ☐ no ☐ se sì figli viventi maschi n. ____ femmine n. ____

Titolo di studio _____ Professione prima del pensionamento _____

Con la seguente frequenza:

- | | | |
|------------------------------------|--|--|
| ☐ lunedì | ☐ dalle ore 9.00 alle 17.00 | ☐ dalle ore 9.00 alle 18.30 |
| ☐ martedì | ☐ dalle ore 9.00 alle 17.00 | ☐ dalle ore 9.00 alle 18.30 |
| ☐ mercoledì | ☐ dalle ore 9.00 alle 17.00 | ☐ dalle ore 9.00 alle 18.30 |
| ☐ giovedì | ☐ dalle ore 9.00 alle 17.00 | ☐ dalle ore 9.00 alle 18.30 |
| ☐ venerdì | ☐ dalle ore 9.00 alle 17.00 | ☐ dalle ore 9.00 alle 18.30 |
| ☐ sabato | ☐ dalle ore 9.00 alle 17.00 | ☐ dalle ore 9.00 alle 18.30 |
| ☐ domenica | ☐ dalle ore 9.00 alle 17.00 | ☐ dalle ore 9.00 alle 18.30 |

A tal fine dichiara

Che il sig./la sig.ra _____

- è riconosciuto/a invalido/a al 100% sì ☐ no ☐ pratica in corso ☐
con indennità di accompagnamento sì ☐ no ☐ pratica in corso ☐

- è domiciliato/a presso _____

Città _____ Prov. _____ Via _____ n. _____

ENTE DEL TERZO SETTORE
ISCRIZIONE AL RUNTS N. 170419

FAMILIARI O PERSONE DI RIFERIMENTO

(indirizzo e grado di parentela)

Cognome e Nome	Indirizzo	Telefono	Parentela o affinità
1) _____	_____	_____	_____
2) _____	_____	_____	_____
3) _____	_____	_____	_____
4) _____	_____	_____	_____
5) _____	_____	_____	_____
6) _____	_____	_____	_____

Supporto da parte dei Servizi Sociali
del Comune di _____

sì ☐

no ☐

Lo scrivente si impegna:

- al pagamento totale della retta, ai sensi dell'art. 433 del C.C., stabilita per tutto il periodo di frequenza;
- ad accettare le norme contenute nella Carta dei servizi del CDI

Lo scrivente allega alla presente i seguenti documenti:

- Fotocopia tessera sanitaria ATS Valpadana
- Fotocopia carta identità

Lo scrivente consegnerà al momento dell'ingresso nel CDI la documentazione sanitaria relativa a ricoveri ospedalieri con eventuali cartelle cliniche o certificati medici recenti.

_____ lì _____

Firma

(allegare fotocopia carta d'identità e Cod. Fisc.)