

Fondazione San Biagio Onlus
Via San Rocco 15
46040 Cavriana Mn
Tel 0376 82025 uff. 0376 805378 fax 0376 82352

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 Onlus di Cavriana

Il Sig./la Sig.ra _____

Nato/a il _____ a _____

Residente in _____ Prov. _____ Via _____

Codice Fiscale _____ Tessera sanitaria _____

Telefono _____

Stato civile _____ Figli: si no se sì figli viventi maschi n. ___ femmine n. ___

Titolo di studio _____ Professione prima del pensionamento _____

Con la seguente frequenza:

- | | | |
|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> lunedì | <input type="checkbox"/> dalle ore 9.00 alle 17.00 | <input type="checkbox"/> dalle ore 9.00 alle 18.30 |
| <input type="checkbox"/> martedì | <input type="checkbox"/> dalle ore 9.00 alle 17.00 | <input type="checkbox"/> dalle ore 9.00 alle 18.30 |
| <input type="checkbox"/> mercoledì | <input type="checkbox"/> dalle ore 9.00 alle 17.00 | <input type="checkbox"/> dalle ore 9.00 alle 18.30 |
| <input type="checkbox"/> giovedì | <input type="checkbox"/> dalle ore 9.00 alle 17.00 | <input type="checkbox"/> dalle ore 9.00 alle 18.30 |
| <input type="checkbox"/> venerdì | <input type="checkbox"/> dalle ore 9.00 alle 17.00 | <input type="checkbox"/> dalle ore 9.00 alle 18.30 |
| <input type="checkbox"/> sabato | <input type="checkbox"/> dalle ore 9.00 alle 17.00 | <input type="checkbox"/> dalle ore 9.00 alle 18.30 |
| <input type="checkbox"/> domenica | <input type="checkbox"/> dalle ore 9.00 alle 17.00 | <input type="checkbox"/> dalle ore 9.00 alle 18.30 |

A tal fine dichiara

Che il sig./la sig.ra _____

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

- è domiciliato/a presso _____

Città _____ Prov. _____ Via _____ n. _____

FAMILIARI O PERSONE DI RIFERIMENTO

(indirizzo e grado di parentela)

Cognome e Nome	Indirizzo	Telefono	Parentela o affinità
1) _____	_____	_____	_____

agg. 09.10.2018

2) _____
3) _____
4) _____
5) _____
6) _____

Supporto da parte dei Servizi Sociali
del Comune di _____

si 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 ASL
- 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..

_____ li _____

Firma

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