

DATA ...../...../.....
N° PROG. ....

**DOMANDA INGRESSO IN CENTRO DIURNO INTEGRATO**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A COGNOME ..... NOME .....

NATO/A A ..... IL ...../...../.....

RESIDENTE A .....

CODICE FISCALE ..... TESSERA SANITARIA N°1 ..... ATS N° .....

TELEFONO ..... CELLULARE .....

**PER:**

<input type="checkbox"/> SE STESSO/A	<input type="checkbox"/> IL/LA SIGNOR/SIGNORA
--------------------------------------	---

COGNOME ..... NOME .....

NATO/A A ..... IL ...../...../.....

RESIDENTE A .....

CODICE FISCALE ..... TESSERA SANITARIA N°1 ..... ATS N° .....

TELEFONO 1 ..... TELEFONO 2 .....

CELLULARE 1 ..... CELLULARE 2 .....

MAIL.....

Luogo e data ..... Firma del richiedente .....

## NORME e/o MODALITÀ PER L'ACCOGLIMENTO IN STRUTTURA

### A. PER L'OSPITE

All'ingresso vanno consegnati i seguenti documenti in originale:

- CODICE FISCALE
- CARTA DI IDENTITÀ
- TESSERA SANITARIA
- RELAZIONE MEDICA RELATIVA ALLE CONDIZIONI CLINICHE E TERAPIA IN USO

### B. PER il RICHIEDENTE

Al momento dell'ingresso, va effettuato un deposito cauzionale fruttifero di € 200,00 (euro duecento/00) tramite bonifico bancario (IBAN IT 1713A 08324 56400 00000061545) o assegno intestato a GRUPPO GHERON SRL

**Nota:** Se l'ingresso in struttura è a carico del Comune di residenza, il Comune dovrà far pervenire una impegnativa di presa in carico.

**La retta** per la permanenza in CDI è di € 27,00 ( ventisette /00 euro/die) + € 5,50 (cinque/50 euro/die) per il trasporto A/R, qualora richiesto.

Il/La sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_, Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

In Qualità di \_\_\_\_\_

Si impegna ad osservare le norme e/o modalità sopra descritte.

Luogo e data ..... Firma .....