

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
- ESENZIONI IN ATTO
- TESSERA SANITARIA
- RELAZIONE MEDICA E SCHEDA TERAPIA DELL'ULTIMA SETTIMANA
- SCHEDA VALUTAZIONE SOCIALE

B. PER il RICHIEDENTE

Al momento dell'ingresso, va effettuato un deposito cauzionale fruttifero di € 300,00 (euro trecento/00) tramite bonifico bancario (IBAN IT 113A 08324 56400 0000061545) 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 € 32,00 (trentadue/00 euro/die) + € 6,00 (sei euro/die) per il trasporto A/R, qualora richiesto.

In caso di richieste di usufruire il servizio:

- solo al mattino dalle 8.00 alle 13.00 la retta è di 20€ (venti/00/euro);
- solo pomeriggio dalle 14.00 alle 17.30 la retta è di 14€ (quattordici/00/euro)

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