

**AMBITO
TERRITORIALE
VAL SERIANA**

CENTRI DIURNI
INTEGRATI



DOMANDA DI FREQUENZA

Il sottoscritto _____ nato il _____

a _____ Prov. _____ stato civile _____¹

Via/Piazza _____ n. _____ Comune di _____ CAP _____

Codice fiscale _____ Recapiti telefonici _____

PER

Il signor _____ nato il _____

a _____ Prov. _____ stato civile _____

Via/Piazza _____ n. _____ Comune di _____ CAP _____

Codice fiscale _____ Recapiti telefonici _____

Chiede

Di poter frequentare il CENTRO DIURNO INTEGRATO di

ALBINO

RANICA

VERTOVA

VILLA DI SERIO

LUNEDI

MARTEDI

MERCOLEDI

GIOVEDI

VENERDI

SABATO

Dichiara inoltre che :

- La retta verrà corrisposta dal signor _____ nato a _____ il _____
Residente in _____ Cap _____ Via _____ n. _____
recapiti telefonici _____ grado di parentela _____ dati
documento di riconoscimento _____
che sottoscrive la presente domanda.
- La persona di riferimento a cui indirizzare comunicazioni ed informazioni socio-sanitarie è il
Signor _____, Via _____
Comune _____ CAP _____ Recapiti: tel. _____ e-
mail _____, fax _____

Allega alla domanda:

- Certificato di residenza e stato famiglia (autocertificazione)
- Fotocopia carta d'identità, codice fiscale, tessera sanitaria, esenzioni ticket, numero di registrazione negli elenchi della Regione Lombardia (CRS)
- Relazione sociale redatta dall'Assistente Sociale di riferimento, contenente la proposta articolata
- Scheda sanitaria a cura del medico curante, compilata su apposito modulo.

All'atto della visita di valutazione presso il CDI, si prega di consegnare:

- Eventuale altra documentazione sanitaria importante
- Fotocopia del verbale di riconoscimento dell'invalidità e della L. 104/92
- N. 1 foto tessera

Si autorizza il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi e per gli effetti del Dlgs. 196/03 e l'informativa al comune di residenza ai sensi dell'art. 8 comma 3 della L.R. n.3/2008.

Data

IN FEDE

(FIRMA DELL'INTERESSATO)

(FIRMA DEL RICHIEDENTE)