



DOMANDA DI AMMISSIONE

Mod. Marzo 2012

Il sottoscritto _____ per se stesso o per il Sig./la Sig.ra

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Nato a _____ Prov. ____ il _____ Stato civile _____

Residente a _____ Prov. ____ in Via _____ n. _____

Domiciliato _____ Recapito telefonico _____

Grado d'istruzione _____ Attività lavorativa prec. _____

Medico di base Dott. _____ Recapito telefonico _____

CHIEDE

l'inserimento al Centro Diurno Integrato nei seguenti giorni:

(barrare i giorni che interessano)

lunedì martedì mercoledì giovedì venerdì sabato

dalle ore _____ alle ore _____

necessita di trasporto

(barrare la risposta che interessa)

sì

no

Il compilatore

Data _____

Persona da contattare:

cognome e nome

grado di parentela

indirizzo

recapito telefonico

Allegare alla presente domanda:

- fotocopia di un documento di identità;
- fotocopia del codice fiscale;
- fotocopia della tessera sanitaria;
- fotocopia di eventuale documentazione clinica recente