

Centro Diurno Integrato

(Domanda di ammissione)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A: _____

NATO/A A _____ PROV. _____ IL _____

RESIDENTE A _____ VIA _____ N° _____

TELEFONO N° _____

DOMICILIO (se diverso dalla residenza) _____

VIA _____ N° _____ TELEFONO N° _____

RECAPITI TELEFONICI E CELLULARE REFERENTE _____

MAIL REFERENTE _____

chiede di poter usufruire del Centro Diurno Integrato (CDI)

- CDI Bette
 CDI Il Girasole

INFORMAZIONI AGGIUNTIVE

Frequenza CDI:

tempo pieno

part time verticale minimo 3 giorni

part time orizzontale ore 9.00-12.00 oppure 13.00-17.00 minimo 3 giorni (vedi CdS)

Servizio Trasporto*

si no

Per frequenza solo mattino o solo pomeriggio, il trasporto è solo al mattino alle 9.00 o alla sera alle 17.00

note: _____

*Non previsto per Valle Spluga, eccetto San Giacomo F. centro,

INFORMAZIONI AMMINISTRATIVE (da compilare a cura dell'utente o suo referente) :

Fattura da consegnare direttamente all'interessato

Fattura da consegnare / inviare al Sig./a: _____

Via _____ Comune _____

- Modalità di Pagamento:
 - c/o Uffici Cooperativa (contanti fino 1.999,00, assegno, POS) in via G.B. Cerletti n. 19
 - c/o Banca (Bonifico - Addebito Automatico se autorizzato dalla propria banca su c/c
- Per ottenere la detrazione per dichiarazione dei redditi, occorre pagare con bonifico o POS

a) dichiara:

- **di aver preso visione**, personalmente e/o tramite i familiari, del CDI
- **di ricevuto e di aver preso visione della Carta del servizio e delle rette/costi dei servizi e di accettarle**

b) Allega i seguenti documenti :

- Scheda medica
- Privacy
- Fotocopia tesserino sanitario/eventuale esenzione ticket
- Altra documentazione sanitaria ritenuta utile
- Certificato verde COVID
- Patto di corresponsabilità (ove richiesto)

c) in caso di accettazione della richiesta si impegna :

- **a restituire il contratto debitamente sottoscritto per accettazione**
- **a versare la retta prevista** per il servizio/ prestazione richiesto, secondo quanto previsto dalla Carta del servizio in vigore consegnata all'utente/familiare
- **a comunicare tempestivamente eventuali variazioni** rispetto: alla frequenza, alla situazione sanitaria, all'eventuale rinuncia ecc.

Il richiedente per accettazione

Data _____ FIRMA _____

in alternativa

Firma di un familiare/delegato

_____ (_____)
(specificare grado parentela/rapporto con l'utente)

Firma del tutore/amministratore di sostegno _____

Il Comune, nella persona di : _____ (_____)
(specificare titolo)

GARANTE PER IL PAGAMENTO

IL/ LA SOTTOSCRITTO/A	_____
NATO/A A _____	IL _____
RESIDENTE A _____	VIA _____ N° _____
TELEFONO _____	
RAPPORTO DI PARENTELA _____	ALTRO _____
Si impegna	
A garantire direttamente o indirettamente il pagamento mensile della retta prevista per l'accoglienza del/la Sig./Sig.ra _____	
Data e Firma _____	

IL/ LA SOTTOSCRITTO/A	_____
NATO/A A _____	IL _____
RESIDENTE A _____	VIA _____ N° _____
TELEFONO _____	
RAPPORTO DI PARENTELA _____	ALTRO _____
Si impegna	
A garantire direttamente o indirettamente il pagamento mensile della retta prevista per l'accoglienza del/la Sig./Sig.ra _____	
Data e Firma _____	