

## 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	_____