

L'ARCA SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE

Centro Diurno Integrato "Il Girasole"

(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 REFERENTE _____

chiede di poter usufruire del Centro Diurno Integrato Il Girasole

servizio trasporto: si no

note: _____

Eventuali variazioni verranno concordate direttamente con la Responsabile del CDI

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 _____

Fattura da consegnare al Comune (allegare delibera o determina dell'ente)

• Modalità di Pagamento:

c/o Uffici Cooperativa (contanti o assegno)

c/o Banca (Bonifico Addebito Automatico su c/c

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
Relazione sociale
Fotocopia tesserino sanitario/eventuale esenzione ticket

Ed eventualmente

Altra documentazione sanitaria ritenuta utile
Copia verbale accertamento invalidità civile (se l'utente è invalido civile)

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 _____