

L'ARCA SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE

## 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° \_\_\_\_\_

RECAPITI TELEFONICI REFERENTE \_\_\_\_\_

### chiede di poter usufruire del Centro Diurno Integrato (CDI)

giorni: da lunedì a venerdì

altro: \_\_\_\_\_ (minimo 2 giorni)

servizio trasporto: si no

note: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Servizio bagno: si no

Eventuali variazioni verranno concordate direttamente con la Coordinatrice 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 \_\_\_\_\_