



## Fondazione Onlus "LONGINI MORELLI"

Via Morelli n. 10 tel. 030/954234 fax 030/9547170

**25020 PRALBOINO (BS)**

Cod. Fisc. 88003570178 Part. IVA 00621130988

E-mail: [fondazione\\_onlus@casadiriposorsapralboino.it](mailto:fondazione_onlus@casadiriposorsapralboino.it)



Pralboino, lì .....

**OGGETTO: Richiesta di accesso al "Centro Diurno Integrato" per la fisioterapia**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Preso conoscenza delle norme del regolamento interno del CENTRO DIURNO INTEGRATO della Casa di Riposo di Pralboino, ricevuto in copia conforme all'originale al momento della domanda,

### **CHIEDE**

di essere accolto nel CENTRO DIURNO INTEGRATO della Casa di Riposo di Pralboino accettando incondizionatamente le norme e disposizioni previste dal Regolamento;

### **ALLEGA**

alla presente la richiesta medica e la scheda informativa predisposte dal medico curante;

### **DICHIARA**

che ai sensi dell'art. 433 C.C. e segg. , il Signore/a \_\_\_\_\_

si farà carico del pagamento dei servizi richiesti ed usufruiti. Il richiedente o il Signore/a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, parente dell'interessato, si impegna a versare gli ulteriori

aumenti che, per esigenze contabili, dovessero essere deliberati dal Consiglio di Amministrazione dell'Ente.

IL RICHIEDENTE

\_\_\_\_\_

Recapito del richiedente se diverso del fruitore del servizio

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



# Fondazione Onlus "LONGINI MORELLI"

Via Morelli n. 10 tel. 030/954234 fax 030/9547170

**25020 PRALBOINO (BS)**

Cod. Fisc. 88003570178 Part. IVA 00621130988

E-mail: [fondazione\\_onlus@casadiriposorsapralboino.it](mailto:fondazione_onlus@casadiriposorsapralboino.it)



Pralboino, li .....

**OGGETTO: Richiesta di prestazioni di fisioterapia per gli esterni**

Per il mio assistito signore/a \_\_\_\_\_ si richiede l'erogazione di una prestazione fisioterapica \_\_\_\_\_

presso il CENTRO DIURNO INTEGRATO della Casa di Riposo di Pralboino essendo affetto da

Altre patologie in atto: \_\_\_\_\_

Eventuali terapie in atto: \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico

***N.B. Le notizie sanitarie rilasciate sono soggette a segreto professionale e d'uso prettamente interno del personale medico e paramedico della struttura.***