



Fondazione Onlus "LONGINI MORELLI SIRONI"

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

25020 PRALBOINO (BS)

Cod. Fisc. 88003570178 Part. IVA 00621130988

E-mail: rsapralboino2015@gmail.com.

Pec: rsapralboino@pec.it

www.rsapralboino.net



Pralboino, lì

OGGETTO: Richiesta di accesso al "CENTRO DIURNO INTEGRATO"

Il sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ residente in _____

tel. _____ Codice Fiscale _____

Tessera Sanitaria N° _____ Medico Curante _____ tel. _____

Visto a presa conoscenza delle norme del regolamento interno del CENTRO DIURNO INTEGRATO della Fondazione Onlus "Longini-Morelli-Sironi" di Pralboino, consegnato in copia conforme all'originale al momento della domanda.

CHIEDE

di essere accolto nel CENTRO DIURNO INTEGRATO della Fondazione Onlus "Longini-Morelli-Sironi" di Pralboino accettando incondizionatamente le norme e disposizioni previste dal Regolamento.

Allego alla presente la richiesta medica e la scheda informativa predisposta dal mio medico curante e rimango in attesa di una benevola accettazione.

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 e/o ulteriori aumenti, che in ogni caso dovessero essere deliberati dal Consiglio di Amministrazione dell'Ente.

IL RICHIEDENTE

Allegati: Certificato Medico
Carta identità
Certificato di residenza
Tessera sanitaria

Recapito del richiedente se diverso del fruitore del servizio: _____