



**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](mailto:rsapralboino2015@gmail.com).

Pec: [rsapralboino@pec.it](mailto:rsapralboino@pec.it)

[www.rsapralboino.net](http://www.rsapralboino.net)



Pralboino, lì .....

**OGGETTO: Richiesta di accesso al servizio di "FISIOTERAPIA"**

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

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

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

Visto a presa conoscenza delle norme del regolamento interno del CENTRO DIURNO INTEGRATO della Fondazione, consegnato in copia conforme all'originale al momento della domanda.

**CHIEDE**

di essere accedere al servizio di Fisioterapia della Fondazione Onlus "Longini-Morelli" di Pralboino accettando incondizionatamente le norme e disposizioni previste dal Regolamento.

**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

\_\_\_\_\_

Recapito del richiedente se diverso del fruitore del servizio

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_