



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



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 e presa conoscenza delle norme del regolamento interno del CENTRO DIURNO INTEGRATO della Casa di Riposo di Pralboino, sempre consultabile sul sito della Fondazione www.rsapralboino.net

CHIEDE

di essere accolto nel CENTRO DIURNO INTEGRATO della Casa di Riposo 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., 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.

Pralboino, lì

IL RICHIEDENTE

Allegati: Certificato medico Asl
Carta identità
Tessera sanitaria
Verbale invalidità