



## 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)



### 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](http://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, li .....

**IL RICHIEDENTE**

Allegati: Certificato medico Asl  
Carta identità  
Tessera sanitaria  
Verbale invalidità  
Copia Vaccinazioni COVID