



**DOMANDA DI AMMISSIONE
PRESSO IL C.D.I. "G. BONINSEGNA"
PEGOGNAGA (MN)**

Il sottoscritto _____ Codice Fiscale _____

residente a _____ provincia _____ in Via _____ n° _____

tel. _____ Tel/Cell. _____ altri recapiti _____

In qualità di:

- Assistito
- Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore
- Terzo in qualità di _____

CHIEDE L'ACCOGLIMENTO PER

- Se stesso
- Cognome e nome _____

M

F

Luogo di nascita _____ Data _____ Codice Fiscale _____

residente a _____ provincia _____ in Via _____ n° _____

tel. _____ Tessera Sanitaria n° _____ esenzioni _____

ACCOGLIMENTO:

- a tempo indeterminato
- a tempo determinato da _____ a _____

FREQUENZA:

nelle seguenti giornate:

- lunedì
- martedì
- mercoledì
- giovedì
- venerdì
- sabato
- domenica

ORARIO:

- dalle 8.00 alle 18.00
- dalle 8.00 alle 20.00 (sabato e domenica dalle 8.00 alle 19.00)

Luogo e data, _____

L'Assistito/Curatore/Tutore/Amministratore di Sostegno

Il Terzo

Allegati:

- Relazione clinica informativa recente (non oltre i sei mesi) in cui vengano specificate: diagnosi e terapia in atto
- Fotocopia carta identità Ospite
- Fotocopia codice fiscale Ospite
- Fotocopia tessera sanitaria Ospite
- Fotocopia esenzione Ticket
- Fotocopia verbale accertamento invalidità civile
- Eventuale copia della nomina di Amministratore Di Sostegno/Tutore

Privacy (Reg. UE 2016/679- Diritto alla Privacy) - Il Cliente e/o per esso il firmatario del presente atto dichiarano di essere informati di quanto contenuto nell'art. 13 del Reg. UE 2016/679 sulla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Con la sottoscrizione del presente atto la Struttura viene espressamente e liberamente autorizzata a raccogliere e trattare tutti i dati personali riguardanti il Cliente e la persona di riferimento individuabile nella domanda di accoglimento che costituisce insieme al presente parte integrante del contratto, esclusivamente per scopi sanitari ed assistenziali. Viene altresì autorizzata a comunicare ed a diffondere tali informazioni a terzi allo scopo di ottimizzare la propria attività commerciale inviando eventuali circolari ai firmatari del presente contratto per informarli sulle iniziative della Struttura.

Luogo e data, _____

L'Assistito/Curatore/Tutore/Amministratore di Sostegno

Il Terzo