



FONDAZIONE SERLINI ETS
R.S.A. E CENTRO MULTISERVIZI ANZIANI
Via Monte Grappa, 101 – 25035 Ospitaletto (BS)

DOMANDA DI AMMISSIONE AL CENTRO DIURNO “DON MARIO PASINI”

Il/la sottoscritto/a
nato/a a..... il
residente a Prov.
via
Tel..... Cell.
e-mail.....

CHIEDE L'AMMISSIONE AL CDI

☐ per se stesso

oppure

☐ in qualità di: ☐ Parente ☐ Terzo ☐ Tutore ☐ Curatore ☐ Amministratore di sostegno

per il/la Sig./ra
nato/a a..... il
residente a Prov.....
via

Accessi Settimanali

L'ospite richiede un numero di _____ accessi settimanali al CDI nelle giornate di seguito indicate (escluse le giornate festive infrasettimanali):

- ☐ lunedì
- ☐ martedì
- ☐ mercoledì
- ☐ giovedì
- ☐ venerdì

con le seguenti opzioni:

- ☐ tempo pieno/part-time con pranzo
- ☐ part-time mattino
- ☐ part-time pomeriggio

trasporto:

- ☐ autonomo
- ☐ da organizzare

Allega alla presente domanda la seguente documentazione relativa al futuro ospite:

- copia documento d'identità in corso di validità
- copia del codice fiscale
- valutazione clinico funzionale o scheda CIRS, a cura del MMG (medico di base)
- situazione socio-ambientale

Data

Firma

Firma per ritiro del Regolamento interno del CDI

Data

Firma

Colloquio conoscitivo in data: ore.....	Primo rifiuto del posto in data:
Accettazione del posto in data:	Secondo rifiuto del posto in data:
Ingresso al CDI in data: ore.....	Terzo rifiuto e cancellazione dalla lista in data:

☐ originale per la Fondazione "Serlini"

☐ fotocopia per il richiedente