



FONDAZIONE CONTI CALEPIO

CENTRO POLIVALENTE DISABILI

Alla cortese attenzione
del Responsabile Sanitario del Centro Polivalente
Conti Calepio

OGGETTO: richiesta di ammissione presso il Centro Diurno Conti Calepio

Il sottoscritto/a: _____ nato/a a: _____ il: _____

Residente in: _____ via: _____ tel. n° _____

In qualità di: _____ del/la sig./ra: _____

Nato/a a: _____ il: _____ residente a _____

Via: _____ n° _____ tel. n° _____

Stato civile: _____

Precedentemente ricoverato od inserito presso il servizio: _____

Sito in: _____ tel, n° _____

CHIEDE IL SUO INSERIMENTO PRESSO IL:

Centro Diurno Disabili

Dichiara inoltre di :

- essere a conoscenza dell'impegno economico a mio carico o/e del Comune di residenza;
- impegnarmi a versare, secondo le modalità stabilite la quota spettante e gli eventuali adeguamenti previsti;
- essere in carico al servizio sociale di _____ e di far riferimento all'operatore _____ n° tel. _____
- essere in carico al medico curante _____ n° tel. _____
al medico specialista _____ n° tel. _____
- impegnarmi a fornire al Servizio Disabili le informazioni e documentazioni necessarie all'istruttoria della domanda ed all'eventuale accoglienza presso la struttura richiesta.

Fondazione Conti Calepio

Centro Polivalente Disabili

Viale Leopardi 9/a Castelli Calepio-24060-Bg Tel. 035/4425692 Fax 035/4425987

E mail: amministratore@fondazioneconticalepio.it

info@fondazioneconticalepio.it



INFORMAZIONI UTILI RELATIVE AL SOGGETTO DISABILE

N° Tessera sanitaria: _____ N° esenzione tiket _____

Codice fiscale: _____ carta di identità n°: _____

Invalidità civile riconosciuta il : _____ percentuale: _____

Legge 104/92 il _____ indennità di accompagnamento dal: _____

COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE

Nome e cognome	Data di nascita	parentela	professione	telefono

Data _____

Firma di chi presenta la domanda

Documenti da allegare alla domanda:

1. relazione sociale del servizio di provenienza;
2. documentazione socio-sanitaria aggiornata.