

Assistenza diurna – Domanda di ammissione

Il/la sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Residente in _____ via _____ n. _____

Codice fiscale _____ n. libretto sanitario _____

Esenzione Ticket _____, Medico di fiducia Dott. _____

Invalidità % _____

Assegno di cura **Si** **No**

Inquadramento **0** **1** **2** **3** **4**

chiede

l'ammissione all'assistenza diurna come segue:

Lunedì Martedì Mercoledì Giovedì Venerdì Sabato Domenica

con

Colazione Pranzo Cena

Dal _____ al _____

Dalle ore _____ alle ore _____

Persona di riferimento: _____

Telefono: _____

Tariffa giornaliera: _____ Costi per pasto: _____

Destinatario della fattura: _____

SEPA **Si** **No**

Data

Firma del richiedente

_____, il _____