

## 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 \_\_\_\_\_