

<i>Familiari di riferimento</i>			
<i>Nominativo</i>	<i>residenza</i>	<i>Grado di parentela</i>	<i>recapiti telefonici</i>

<i>Medico di medicina generale</i>		
<i>Nominativo</i>	<i>indirizzo ambulatorio</i>	<i>recapiti telefonici</i>

<i>Altre informazioni</i>			
<i>l'utente è inserito in istituzioni pubbliche e/o private</i>		<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>la retta di tale inserimento è a carico dell'utente</i>		<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>indicare il tipo di struttura</i>	<i>scuola</i>	<input type="checkbox"/>	
	<i>centro diurno</i>	<input type="checkbox"/>	
	<i>formazione professionale</i>	<input type="checkbox"/>	
	<i>altro:</i>	<input type="checkbox"/>	
<i>Usufruisce del Servizio di Assistenza Domiciliare</i>		<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>Usufruisce di piano personalizzato ai sensi della L. 162/98</i>		<i>SI</i>	<i>NO</i>

<i>prestazioni integrative Centro Diurno</i>			
<i>trasporto</i>	<i>solo andata</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
	<i>solo rientro</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
	<i>andata e ritorno</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
<i>pranzo</i>		<i>SI</i>	<i>NO</i>

<i>Annotazioni</i>

DICHIARA

1. Di accettare e di impegnarsi al pagamento della retta mensile di:
 - € 80,00 retta di frequenza
 - € 100,00 retta di frequenza più servizio di trasporto dal proprio domicilio al Centro Diurno e viceversa;
2. Di provvedere in prima persona al pagamento della retta o, in alternativa, di delegare tale compito al/alla Sig./ra _____;
3. Di accettare tutte le norme del regolamento del "Centro Diurno" come approvate con Deliberazione del Commissario Straordinario n° 19 del 16.05.2013 e quanto l'Amministrazione vorrà disporre per il buon funzionamento del Servizio;
4. Di esprimere il proprio consenso e di essere consapevole che i dati forniti nella presente dichiarazione vengono trattati dal Comune di Assemini con la riservatezza e nel rispetto del Dlgs 196/2003 per i fini istituzionali del Servizio;

Allega alla presente:

- Fotocopia del documento di riconoscimento e del codice fiscale;
- Certificato di invalidità;
- Certificato ai sensi della Legge n° 104/92;
- Certificato del medico curante con indicazione chiara di eventuali terapie in corso (nome del farmaco, dosi, orari di somministrazione) e di eventuali allergie.

Assemini, _____

FIRMA