



Con la presente chiedo l'ammissione presso il Centro Diurno Disabili "L'Airone" sito in Pieve Emanuele (MI), via Della Comunità, 2

del/della Signor/Signora:.....

Nato/a a ..... il .....

Residente a .....

in via ..... n .....

con recapito telefonico ..... Cell .....

Al fine di ottemperare tutte le procedure di ingresso presso il Vostro C.D.D. del/della Signor/Signora .....

- la retta sarà pagata dal Comune di ..... come da richiesta presentata dal sottoscritto in data ..... e deliberata in data .....
- mi farò carico, all'atto dell'ammissione stessa, di sottoscrivere l'impegno di spesa per il pagamento della retta

1) Si allega la seguente documentazione:

- Carta di identità
- Codice fiscale
- Tessera sanitaria
- Cartellino esenzione ticket
- Verbale accertamento invalidità civile / indennità accompagnamento
- Eventuale documentazione medica e relazioni cliniche precedenti
- Certificato medico attestante l'assenza di malattie infettive tali da compromettere la vita di comunità.
- Questionario conoscitivo delle condizioni socio – sanitarie della persona da inserire al Centro, compilata a cura del medico di medicina generale o di eventuale altro medico specialista
- Certificato vaccinazioni obbligatorie

2) Comunico che in caso di necessità dovrete contattare

il/la Signor/Signora:.....

che risulta essere legata all'Utente dalla seguente relazione di parentela/conoscenza .....

e che è residente a .....

in via ..... n .....

con recapito telefonico ..... Cell .....

ed anche il/la Signor/Signora .....

che risulta essere legata all'Utente dalla seguente relazione di parentela/conoscenza .....

e che è residente a .....

in via ..... n .....

con recapito telefonico ..... Cell .....



**C.R.M.**  
Coop. Sociale - ONLUS



CDD L'Airone

**CDD "L'Airone" - Pieve Emanuele**  
RICHIESTA DI AMMISSIONE

ModCdd 01

REV03

Data:01/01/2019

Pag. 2 di 2

3) Dichiaro di assumermi ogni responsabilità in merito alla veridicità dei dati ivi contenuti ed autorizzo la raccolta, la trasmissione e l'archiviazione dei dati personali all'interno della rete degli enti competenti per legge in materia di servizi socio – sanitari / assistenziali nel rispetto del diritto alla riservatezza, in conformità a quanto previsto dal Regolamento Europeo GDPR la legge 679/2016.

4) Dichiaro, nel caso la presente richiesta fosse favorevolmente accolta, di essere edotto/a delle condizioni esposte nella "Carta dei Servizi", che ho ricevuto e dei quali ho preso conoscenza prima di sottoscrivere la presente domanda. e di impegnarmi – ora per allora – ad accettare, senza eccezioni di sorta, la stessa "Carta dei Servizi".

In fede.

IL RICHIEDENTE

.....

Spazio riservato al C.D.D.

Data \_\_\_\_\_ Firma per ricevuta \_\_\_\_\_