



**CENTRO DIURNO INTEGRATO**  
**FONDAZIONE GIUSEPPE BESANA ONLUS**  
Vicolo L. Rho, 4/6 20821 Meda – MB - Tel: 0362 71723

## DOMANDA di ISCRIZIONE al CENTRO DIURNO INTEGRATO

Generalità della persona che richiede di essere ospitata al CDI

Nome e cognome \_\_\_\_\_

nat \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

tel: \_\_\_\_\_

cod. fiscale: \_\_\_\_\_

tess sanitar: \_\_\_\_\_ stato civile: \_\_\_\_\_

Qualifica e generalità della persona che presenta la domanda

Nome e cognome \_\_\_\_\_

nat \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Telefono 1: \_\_\_\_\_

Telefono 2: \_\_\_\_\_

Qualifica:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Soggetto direttamente interessato | <input type="checkbox"/> Tutore                     |
| <input type="checkbox"/> Familiare di riferimento _____    | <input type="checkbox"/> Curatore                   |
| <input type="checkbox"/> Altro _____                       | <input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno |

Il sottoscritto, dichiara che la domanda è stata redatta con il consenso dell'interessato.  
Allega alla domanda i seguenti documenti:

-  Scheda sanitaria compilata dal medico curante.
-  Eventuale documentazione sanitaria integrativa.
-  Fotocopia di Carta d'Identità, Codice Fiscale e Tessera Sanitaria.
-  Fotocopia della domanda o dell'accertamento di invalidità rilasciata dall'ATS di residenza.

Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Meda \_\_\_\_\_



**CENTRO DIURNO INTEGRATO  
FONDAZIONE GIUSEPPE BESANA ONLUS**

Vicolo L. Rho, 4/6 20821 Meda – MB - Tel: 0362 71723

**Giorni e orario di frequenza richiesti**

<b>GIORNO</b>	<b>GIORNATA INTERA</b> (dalle 7.30 alle 19.30)	<b>MATTINO</b> (dalle 7.30 alle 13.30)	<b>POMERIGGIO</b> (dalle 13.30 alle 19.30)
LUNEDI'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MARTEDI'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MERCOLEDI'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GIOVEDI'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VENERDI'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SABATO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Pasti che si intendono consumare al CDI**

Colazione <input type="checkbox"/>	Pranzo <input type="checkbox"/>	Cena <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------

**Richiesta di trasporto da e per il CDI**

Non interessato <input type="checkbox"/>	Solo andata <input type="checkbox"/>	Solo ritorno <input type="checkbox"/>	Andata e ritorno <input type="checkbox"/>
Piano _____ <input type="checkbox"/> Ascensore presente <input type="checkbox"/> Scale <input type="checkbox"/>			

<b>Motivo della domanda</b>	<input type="checkbox"/> Perdita dell'autonomia <input type="checkbox"/> Prevenzione isolamento	<input type="checkbox"/> Mancanza supporto familiare <input type="checkbox"/> Altro _____
-----------------------------	--	--

<b>Con chi vive</b>	<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Coniuge	<input type="checkbox"/> Figli <input type="checkbox"/> Altri _____
---------------------	---	--

<b>Ausili in uso</b>	<input type="checkbox"/> Deambulatore <input type="checkbox"/> Carrozzina	<input type="checkbox"/> Tripode/bastone <input type="checkbox"/> Altro _____
	<input type="checkbox"/> personale	<input type="checkbox"/> ASL

<b>Titolare di</b>	<input type="checkbox"/> Invalidità civile _____ % <input type="checkbox"/> Invalidità civile in attesa accertamento (presentato domanda) <input type="checkbox"/> Assegno accompagnamento <input type="checkbox"/> Altra provvidenza economica _____
--------------------	--

Firma del richiedente \_\_\_\_\_



**CENTRO DIURNO INTEGRATO**  
**FONDAZIONE GIUSEPPE BESANA ONLUS**  
Vicolo L. Rho, 4/6 20821 Meda – MB - Tel: 0362 71723

### Obbligazione di pagamento

#### Familiari responsabili tenuti per legge

(1) Il sottoscritto:	
nato/a il:	a :
Residente a:	Via:
C.F.:	
Tel.	Grado di parentela :

(2) Il sottoscritto:	
nato/a il:	a :
Residente a:	Via:
C.F.:	
Tel.	Grado di parentela :

(3) Il sottoscritto:	
nato/a il:	a :
C. F.:	
Residente a:	Via:
Tel.	Grado di parentela :

#### Dichiarano:

di assumere, in via solidale, l'impegno di provvedere al pagamento delle rette, a decorrere dalla data di ammissione dell'ospite presso il C.D.I. e di provvedere all'immediato ritiro dell'ospite stesso qualora codesta amministrazione – a suo insindacabile giudizio – ne ritenesse opportuno il suo allontanamento. L'impegno assunto si intende trasmesso in via ereditaria.

Meda li \_\_\_\_\_

Firma per esteso di tutti i familiari

(1) \_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_

(3) \_\_\_\_\_

N.B. Eventuale cambio di indirizzo dovrà essere comunicato tempestivamente all'amministrazione.