



CENTRO DIURNO INTEGRATO
FONDAZIONE GIUSEPPE BESANA ETS
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: _____

Mail: _____

Qualifica:

☐ Soggetto direttamente interessato	☐ Tutore
☐ Familiare di riferimento _____	☐ Curatore
☐ Altro _____	☐ 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 ETS
Vicolo L. Rho, 4/6 20821 Meda – MB - Tel: 0362 71723

Giorni e orario di frequenza richiesti

GIORNO	GIORNATA INTERA (dalle 7.30 alle 19.30)	MATTINO (dalle 7.30 alle 13.30)	POMERIGGIO (dalle 13.30 alle 19.30)
LUNEDI'	☐	☐	☐
MARTEDI'	☐	☐	☐
MERCOLEDI'	☐	☐	☐
GIOVEDI'	☐	☐	☐
VENERDI'	☐	☐	☐
SABATO	☐	☐	☐

Pasti che si intendono consumare al CDI

Colazione ☐	Pranzo ☐	Cena ☐
------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------

Richiesta di trasporto da e per il CDI

Non interessato ☐	Solo andata ☐	Solo ritorno ☐	Andata e ritorno ☐
Piano _____ ☐	Ascensore presente ☐	Scale ☐	

Motivo della domanda	☐ Perdita dell'autonomia ☐ Prevenzione isolamento	☐ Mancanza supporto familiare ☐ Altro _____
-----------------------------	--	--

Con chi vive	☐ Solo ☐ Coniuge	☐ Figli ☐ Altri _____
---------------------	---	--

Ausili in uso	☐ Deambulatore ☐ Carrozzina ☐ personale	☐ Tripode/bastone ☐ Altro _____ ☐ ASL
----------------------	--	--

Titolare di	☐ Invalidità civile _____ % ☐ Invalidità civile in attesa accertamento (presentato domanda) ☐ Assegno accompagnamento ☐ Altra provvidenza economica _____
--------------------	--

Firma del richiedente _____



CENTRO DIURNO INTEGRATO
FONDAZIONE GIUSEPPE BESANA ETS
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.