|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **E:\Amministrazione\MORI 2011\AREA C.D.A\Resp. F.Q\FAMILY AUDIT\Distretto Family Audit APSP\Logo Distretto\MemberDFInTrentino_Colori_SfondoChiaro.png** | |
| ***Rsa – Hospice – Centro Diurno***  ***Fisioterapia per Esterni – Ambulatori Specialistici*** |  |  |

Mori, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# **DOMANDA DI ACCOGLIMENTO PRESSO IL CENTRO DIURNO PER UN POSTO A PAGAMENTO**

Cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Stato civile \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome e nome del coniuge \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residenza Anagrafica a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° -\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PERSONA DA CONTATTARE PER L’ACCOGLIMENTO: (cognome, nome, rapporti con l’eventuale utente, n. di telefono)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Eventuale Piano di Frequenza richiesto**

Periodo di accesso al Centro diurno: dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Giorni della settimana prenotazione del posto e fasce orarie di presenza:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***giorno*** | ***Frequenza oraria*** | ***Giornata intera*** |
| Lunedì | dalle \_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞏 |
| Martedì | dalle \_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞏 |
| Mercoledì | dalle \_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞏 |
| Giovedì | dalle \_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞏 |
| Venerdì | dalle \_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞏 |
| Sabato | dalle \_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞏 |
| Domenica | dalle \_\_\_\_\_\_\_\_\_ alle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 🞏 |

Servizio di ristorazione: Pranzo 🞏 Cena 🞏 Entrambe 🞏

Servizio di trasporto: Ambito comune di Mori 🞏 Fuori del comune di Mori 🞏

A proprio carico 🞏

Bagno Assistito: 🞏 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Doccia Assistita 🞏 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Possesso dell’attestato vaccinale contro il Covid-19: si 🞏 no 🞏

PATOLOGIE:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL/LA RICHIEDENTE

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Informato sui diritti e sui limiti di cui al Regolamento europeo 16/679 in materia di protezione dei dati personali, esprimo il mio consenso ed autorizzo l’A.P.S.P. “Cesare Benedetti” al trattamento dei miei dati ai fini di cui all’oggetto.