



## DOMANDA DI INGRESSO CENTRO DIURNO INTEGRATO

**Dati dell'interessato:**

 Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso F ☐ M ☐

Stato civile \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residenza in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Domicilio (solo se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

Carta Regionale dei Servizi – Codice Assistito (allegare copia) \_\_\_\_\_

Carta d'identità (allegare copia) \_\_\_\_\_

**CHIEDE di frequentare il Centro Diurno Integrato della Fondazione Giovanni Carlo**
**FREQUENZA E PRESENZA:**
☐ Dalle 8.00 alle 18.00 ☐ LUNEDI ☐ MARTEDI ☐ MERCOLEDI ☐ GIOVEDI ☐ VENERDI

☐ Dalle 8.00 alle 12.30 ☐ LUNEDI ☐ MARTEDI ☐ MERCOLEDI ☐ GIOVEDI ☐ VENERDI

☐ Dalle 8.00 alle 14.00 ☐ LUNEDI ☐ MARTEDI ☐ MERCOLEDI ☐ GIOVEDI ☐ VENERDI

☐ Dalle 13.00 alle 18.00 ☐ LUNEDI ☐ MARTEDI ☐ MERCOLEDI ☐ GIOVEDI ☐ VENERDI

**Dati del familiare di riferimento per la presentazione della domanda:**

Rapporto di parentela o giuridico \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Residenza in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Recapito telefonico \_\_\_\_\_

Recapito e- mail \_\_\_\_\_

Carta identità (allegare copia) \_\_\_\_\_ Codice fiscale (allegare copia) \_\_\_\_\_

L'interessato è informato della presentazione della domanda di ingresso in CDI?

☐ Sì ☐ No

Se no, perché \_\_\_\_\_

L'interessato ha partecipato alla scelta di frequentare il CDI?

☐ Sì ☐ No

Ha avuto precedenti frequenze in altri CDI?

☐ Sì ☐ No

Se sì, indicare dove, il periodo e i motivi dell'eventuale dimissione da altri CDI

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indicare il nome e il recapito telefonico del Medico di Medicina Generale:

\_\_\_\_\_

**Sono parte integrante della presente domanda:**

**1. Scheda sociale (All. A)**

**2. Scheda sanitaria (All. B)**

**3. Eventuale verbale di riconoscimento dell'invalidità civile.**

**AI SENSI DEL D.P.R. NR.445/00 LE DICHIARAZIONI MENDACI CONTENUTE NELLA PRESENTE SARANNO PERSEGUIBILI IN BASE ALLA NORMATIVA VIGENTE.**

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato \_\_\_\_\_

**N.B.: PER I CASI IN CUI L'INTERESSATO NON SIA IN GRADO DI SOTTOSCRIVERE LA PRESENTE DOMANDA DI AMMISSIONE (DPR N.445/2000 ART.4 COMMA 2) SI RICHIEDE AL COMPILATORE DI INTEGRARE DI SEGUITO:**

Cognome e nome del compilatore della domanda \_\_\_\_\_

Firma

Informativa ai sensi del D.lgs. 196/2003 e del Reg. UE 2016/679

La Fondazione, in qualità di titolare del trattamento dei dati personali, ex artt. 12, 13 e 14 del Reg. UE 2016/679, La informa che raccoglierà e tratterà con il supporto di mezzi cartacei, informatici o telematici (anche per tramite di consulenti e collaboratori) i Suoi dati personali, con finalità legate all'esercizio della propria attività e alla gestione della lista di attesa per l'ingresso come ospite nel CDI. I dati potranno essere comunicati a terze parti solo per le finalità indicate in precedenza e comunque secondo quanto previsto dai limiti di legge. Il titolare del trattamento è la "Fondazione Giovanni Carlo Rota Onlus" e in ogni momento Lei potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, come previsto dagli artt. 12, 13, 14 e 29 del Reg. UE 2016/679.

☐ Autorizzo al trattamento dei dati personali e sensibili secondo quanto sopra descritto.

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_