

**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
