

Spettabile
Centro Servizi Socio Sanitari e Residenziali Malé
via della Gana, 14
38027 MALE' (TN)

OGGETTO: domanda d'ammissione in forma privata presso il Centro Diurno.

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a
_____ il _____ residente a
_____ in via _____, recapito telefonico:
tel. _____ cell. _____
CF _____

OPPURE

Il/La sottoscritto/a _____
In qualità di _____
Ad es. (esercitante legalmente la potestà, familiare, prossimo congiunto, convivente)
Indirizzo di residenza _____
recapito telefonico: tel. _____ cell. _____

CHIEDE

di poter frequentare il Centro diurno gestito dalla Vs. Azienda;

OPPURE

l'ammissione al Centro diurno del/della Sig./a _____, nato/a
_____ il _____ stato civile
_____, residente a _____
in Via _____.
CF _____

per il periodo da _____ a _____

usufruendo dei seguenti servizi

	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì
Giornata intera					
Mattina					
Pomeriggio					

DICHIARA

- ❑ che il medico di base del/della sig/a _____ è il dott. _____, con ambulatorio in via _____ a _____ telefono _____

- ❑ che il sig/a _____ è affetto dalle seguenti principali patologie _____, per le quali dichiara di impegnarsi a presentare relazione sanitaria del medico di base;

- ❑ di aver preso atto del contenuto della Carta dei Servizi e delle norme fissate nel regolamento di ammissione al Centro Diurno;

- ❑ di impegnarsi al pagamento della tariffa secondo quanto stabilito da parte del Consiglio di Amministrazione:

PRESENZA PER PIU' DI 4 ORE	DAL LUNEDI' AL VENERDI'	CENTRO DIURNO AD ACCESSO PRIVATO*	€ 40,00
PRESENZA FINO A 4 ORE		CENTRO DIURNO AD ACCESSO PRIVATO*	€ 20,00

* nel caso di accesso al Centro Diurno tramite U.V.M. le tariffe sono applicate direttamente dall'A.P.S.S. e non dalla scrivente A.P.S.P.

- di prendere atto che l'utente può essere dimesso in qualsiasi momento, secondo le disposizioni contenute nel Regolamento disciplinante l'accesso degli utenti privati al centro diurno, art. 6, qualora vi sia un mancato pagamento delle prestazioni usufruite o qualora le condizioni personali dell'utente siano incompatibili con le capacità di assistenza del centro diurno e per copertura da parte del posto con utente valutato dalla competente commissione UVM dell'APSS, *il quale ha sempre priorità di ammissione;*

Eventuali comunicazioni scritte e/o telefoniche dovranno essere inviate al seguente indirizzo:

Cognome e nome _____

Via _____

Città _____

Telefono _____

Indirizzo mail _____

Data _____

Firma _____