ALLA COOPERATIVA SOCIALE ASEA ONLUS
Viale Indipendenza 51/b
63100 Ascoli Piceno

OGGETTO: Richiesta di ammissione presso il Centro Diurno per Anziani

Il/La sottoscritt_ _____ nat_ il ____/____/_____ a _____ (____) e residente a _____ Cap. _____ Via_____ n° _____

Telefono _____ Codice fiscale_____

Medico di Medicina Generale Dott._____ Tel. MMG_____

CHIEDE

l'inserimento □ intera giornata
□ mattino
□ pomeriggio

presso il Centro Diurno per Anziani sito in Ascoli Piceno, località Brecciarolo

□ per se medesimo

□ per il seguente familiare (indicare grado di parentela) _____:

Cognome _____

Nome _____

stato civile _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

Via _____ n°_____ Tel._____

codice fiscale

RICHIEDE INOLTRE

di beneficiare del **servizio trasporto** □ Sì
□ No

di partecipare alle attività di **ginnastica dolce** □ Sì
□ No

Allega:

1) impegno al pagamento;
2) relazione sanitaria rilasciata dal Medico di Medicina Generale;
3) copia della Carta d'Identità o documento valido con fotografia;
4) copia del codice fiscale;
5) eventuale Certificato medico d'idoneità alla pratica sportiva non agonistica.

Ascoli Piceno, lì …….. Firma