

**OGGETTO: Richiesta di ammissione presso il Centro Diurno per Anziani**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) e residente a \_\_\_\_\_  
Cap. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- l'inserimento**  intera giornata dal lunedì al venerdì  
 mattino dal lunedì al venerdì  
 pomeriggio dal lunedì al venerdì  
 altro \_\_\_\_\_

**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. \_\_\_\_\_  
Medico di Medicina Generale Dott. \_\_\_\_\_ Tel. MMG \_\_\_\_\_

codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**RICHIEDE INOLTRE**

- di beneficiare del **servizio trasporto**  Sì  
 No  
di partecipare alle attività di **ginnastica dolce**  Sì  
 No

Allega:

- 1) relazione sanitaria rilasciata dal Medico di Medicina Generale;
- 2) copia della Carta d'Identità o documento valido con fotografia;
- 3) copia del codice fiscale.

Ascoli Piceno, li \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_