



DOMANDA DI AMMISSIONE CENTRO DIURNO INTEGRATO

DATA ISCRIZIONE : _____

NOME E COGNOME _____ **SESSO:** M F

NATO A: _____ IL: _____

RESIDENTE IN: _____ VIA _____

C.F.: _____ STATO CIVILE: _____

PERSONE DI RIFERIMENTO

NOME E COGNOME _____

NELLA SUA QUALITA' DI _____ (Figlio, Coniuge, Altro...)

E RESIDENTE IN: _____ VIA _____

RECAPITI TELEFONICI: TEL. _____ CELL. _____

CHIEDE

CHE IL/LA SIG./SIG.RA _____ VENGA ACCOLTO/A PRESSO IL
CENTRO DIURNO INTEGRATO GESTITO DA PARTE DELLA FONDAZIONE "DON ANGELO COLOMBO"
ONLUS DI TRAVAGLIATO, CON LE SEGUENTI MODALITA':

Accessi Settimanali Diurni	Orari	Pasto	Trasporto

In allegato scheda CIRCS _____

DATA _____

FIRMA _____

Colloquio con i familiari in data: _____ alle ore: _____

Accettazione amministrativa in data: _____ alle ore: _____

Ingresso in struttura in data: _____