



## FONDAZIONE SERLINI ONLUS R.S.A. E CENTRO MULTISERVIZI ANZIANI

Via Monte Grappa, 101 - 25035 Ospitaletto (BS)  
Tel. Amministrazione 030643366 - Fax 0306846315 - Tel. Infermeria 030640225  
C.F. 80019030172 - P.IVA 01738780178  
e-mail [rsaserlini@pec.it](mailto:rsaserlini@pec.it) - [segreteria@rsaserlini.it](mailto:segreteria@rsaserlini.it) - [www.rsaserlini.it](http://www.rsaserlini.it)

### DOMANDA DI AMMISSIONE AL CENTRO DIURNO "DON MARIO PASINI"

Il/la sottoscritto/a .....  
nato/a a ..... il .....  
residente a ..... Prov. ....  
via .....  
Tel..... Cell. ....  
e-mail.....

Spazio per il protocollo d'arrivo

### CHIEDE L'AMMISSIONE AL CDI

per se stesso

**oppure**

in qualità di:     Parente     Terzo     Tutore     Curatore     Amministratore di sostegno

per il/la Sig./ra .....  
nato/a a ..... il .....  
residente a ..... Prov.....  
via .....

#### Accessi Settimanali

L'ospite richiede un numero di \_\_\_\_\_ accessi settimanali al CDI nelle giornate di seguito indicate (escluse le giornate festive infrasettimanali):

- lunedì
- martedì
- mercoledì
- giovedì
- venerdì

con le seguenti opzioni:

- tempo pieno/part-time con pranzo
- part-time mattino
- part-time pomeriggio

trasporto:

- autonomo
- da organizzare

VISTO  
IL PRESIDENTE

VISTO  
IL DIRETTORE GENERALE

Allega alla presente domanda la seguente documentazione relativa al futuro ospite:

- copia documento d'identità in corso di validità
- copia del codice fiscale
- valutazione clinico funzionale o scheda CIRS, a cura del MMG (medico di base)
- situazione socio-ambientale

Data .....

Firma .....

Firma per ritiro del Regolamento interno del CDI

Data .....

Firma .....

Colloquio conoscitivo in data: ..... ore.....	Primo rifiuto del posto in data: .....
Accettazione del posto in data: .....	Secondo rifiuto del posto in data: .....
Ingresso al CDI in data: ..... ore.....	Terzo rifiuto e cancellazione dalla lista in data: .....

originale per la Fondazione "Serlini"

fotocopia per il richiedente