



*Comune di Garbagnate Milanese*  
*Assessorato alle Politiche Sociali*  
**Centro Polifunzionale Ca' del di**

**DOMANDA DI AMMISSIONE AL CENTRO DIURNO INTEGRATO**

Io sottoscritto/a .....

nata/o a ..... il .....

Residente .....

in qualità di:

- diretto/a interessato/a
- coniuge
- figlio
- altro (specificare)

**CHIEDE**

L'inserimento presso il Centro Diurno Integrato

- Per se stesso/a
- Per il Sig./la Sig.ra .....

Nome..... Cognome .....

nata/o ..... il .....

residente a ..... via .....

domicilio..... tel. ....

codice fiscale .....

n° tessera sanitaria .....

**Nominativo e recapito** della persona di riferimento da contattare

**1° contatto** si intende la persona alla quale vengono recapitate le mail per le comunicazioni e le fatture di pagamento , ed è la prima persona che viene contattata in caso d'emergenza

Cognome e nome .....  
mail ..... telefono .....  
Cell. .... grado di parentela .....

**Altri contatti**

Cognome e nome .....  
mail ..... telefono .....  
Cell. .... grado di parentela .....

Cognome e nome .....  
mail ..... telefono .....  
Cell. .... grado di parentela .....

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

Documentazione richiesta:

- copia Carta d'Identità
- copia Tessera Sanitaria
- Sezione Sociale (compilata dall'Assistente Sociale del Comune di provenienza)
- Relazione Sanitaria del Medico di Base



**Centro Diurno Integrato per Anziani**  
**Via Bolzano, 22 Garbagnate Milanese Tel: 02 78618601**  
**e-mail: [cadeldi@comune.garbagnate-milanese.mi.it](mailto:cadeldi@comune.garbagnate-milanese.mi.it)**