COOPERATIVA SOCIALE P.A.E.S.E. onlus
via Levadello 8/A - 25036 Palazzolo sull'Oglio (BS)
tel 030.6189982 - 030.731673 fax 030.7302276
C.F. 95048590160 - P.IVA 02289620169
coopsocialepaese@pec.it
info@cooppaese.it

centro diurno integrato
san vincenzo
p.zza Vittorio Veneto n.3 –
24060 Endine Gaiano (BG)
tel. 035/8232140 – fax 035/827505
e-mail: cdiendine@cooppaese.it

DOMANDA DI ACCOGLIENZA

Io sottoscritto/a
Cognome_____Nome_____
Nato/a a_____(___) il_____, residente a_____(___)
c.a.p._____, via_____ n° ____,
tel._____(___) cell._____

in qualità di parente di riferimento, chiedo che il mio familiare

Cognome_____Nome_____
Nato/a a_____(___) il_____, residente a_____(___)
c.a.p. _____, via_____n° ____,
tel._____ Stato civile:_____ Percentuale di invalidità _____
Codice Fiscale _____Indennità di accompagnamento ☐ si ☐ no

VENGA INSERITO PRESSO IL C.D.I. SAN VINCENZO

□ 5 giorni alla settimana (dal lunedì al venerdì)
□ 4 giorni alla settimana (……., ……., ……., …….)
□ 3 giorni alla settimana (……, ……, ……..)
□ 2 giorni alla settimana (……, ……)
□ 1 giorno alla settimana (……)

Si autorizza al trattamento dei dati personali di tutti i soggetti sopraccitati ai sensi e agli effetti del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003.

Data In fede

…… ……