

Prot.n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

AL DIRETTORE  
DELLA FONDAZIONE BONI ONLUS  
VIA CADORNA, 4  
46029 SUZZARA (MN)

OGGETTO: RICHIESTA SERVIZIO \_\_\_\_\_ SIG. \_\_\_\_\_

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Nella persona del Sig. \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

## CHIEDO

- di poter usufruire del servizio \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

per un periodo complessivo di \_\_\_\_\_ e dichiaro quanto segue:

- di sottoscrivere direttamente o da parte del servizio inviante l'impegnativa di spesa per il pagamento del servizio;
- di presentare la scheda socio-sanitaria compilata a cura dei Servizi Sociali Comunali e dal medico di base e tutte le certificazioni richieste;
- di non essere affetto da malattie contagiose;

- di essere a conoscenza del fatto che la Commissione interna si riserva di valutare la possibilità di effettuare o non effettuare l'accoglienza in base alla certificazione prodotta e/o alla valutazione dell'equipe che effettuerà la visita al potenziale ospite;
  
- di essere a conoscenza che qualora la permanenza nel servizio dovesse risultare a giudizio della Direzione Sanitaria o Amministrativa incompatibile con l'organizzazione del servizio o con il livello di assistenza che l'Ente può fornire, l'Amministrazione della fondazione si riserva la facoltà di sospendere in qualsiasi momento l'erogazione del servizio, previa segnalazione ai servizi territoriali di competenza.

In fede \_\_\_\_\_

Dati anagrafici parenti di riferimento

FAMIGLIARI

a) COGNOME NOME \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_

b) COGNOME NOME \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_

c) COGNOME NOME \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_