



CITTA' DI BARLETTA
Medaglia d'oro al Valor Militare e al Merito Civile
Città della Disfida
REGIONE PUGLIA
AZIENDA SANITARIA LOCALE BAT

*Al Direttore del Distretto Sanitario n. 4- Asl Bat
Piazza Principe Umberto, n. 1*

*Al Comune di Barletta Settore Servizi Sociali
Piazza A. Moro, n. 16*

**PROPOSTA DI ACCESSO IN
Centro Diurno - Centro Diurno Integrato**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____

a _____ il _____ e residente a _____

in via _____ n. _____ tel. _____

CHIEDE

l'inserimento in: Centro Diurno art. 60 Centro Diurno Integrato art. 60 ter ,

denominato: _____, con sede a _____

in Via _____ n. _____

del proprio congiunto (genitore, figlio, fratello, sorella):

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____ e residente a _____

In via _____ n. _____

Barletta, _____ firma _____

Documenti da allegare:

Fotocopia carta d'identità, Scheda Svama Sanitaria, Scheda Svama Cognitiva e Funzionale, Certificazione specialistica (struttura pubblica), Mod. ISEE in corso di validità.

DICHIARAZIONE PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto _____ autorizza esplicitamente il trattamento dei propri dati personali ai sensi della vigente normativa.

Barletta, _____ firma _____

