



LA FONTE
O.D.V.

MODULO ISCRIZIONE CENTRO DIURNO

COGNOME _____ NOME _____

INDIRIZZO _____

CAP _____ CITTA' _____ PROV. _____

CODICE FISCALE _____

NATA/O
IL _____ A _____

MEDICO
CURANTE _____ TEL. _____

GREEN PASS: ALLEGARE FOTOCOPIA : **SI** | | **NO** | |

PERSONA/FAMIGLIARE DA CONTATTARE IN CASO DI NECESSITA':

COGNOME E
NOME _____ TELEFONO _____

LEGAME DI PARENTELA: _____

- Sono automunito
 Non sono automunito. Ho bisogno del Vostro trasporto
(solo per i residenti del Comune di Fontanelle)

Patologie di cui è affetta la persona:

Terapie in atto:

**LA PERSONA CHE PARTECIPA AL CENTRO DIURNO DEVE COMUNICARE
SE DEVE ASSUMERE FARMACI DURANTE DEL ORE DI PERMANENZA.**