

## DOMANDA DI ACCOGLIMENTO

☐ NON CONVENZIONATO

☐ CENTRO DIURNO

*Al Centro Servizi alla Persona CR "Morelli Bugna"  
Via Rinaldo n° 16 - 37069 Villafranca di Verona*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_,

residente a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

☐ inoltra domanda al fine di poter ottenere l'accoglimento presso la Vostra struttura;

☐ inoltra domanda al fine di poter ottenere l'accoglimento presso la Vostra struttura del mio

☐ coniuge ☐ genitore ☐ parente: \_\_\_\_\_ ☐ conoscente  
*grado di parentela*

**Signor/Signora**

*nome e cognome della persona che verrà accolta*

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

attualmente residente a \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- di essere venuto a conoscenza di questo Centro Servizi da:  
☐ Conoscenti ☐ Medico curante ☐ Locandine pubblicitarie su \_\_\_\_\_  
☐ Assistente sociale del comune \_\_\_\_\_ ☐ Altro \_\_\_\_\_
- di aver ricevuto la Carta dei Servizi e il Regolamento di accoglimento;
- di autorizzare questo Ente ad indirizzare tutta la corrispondenza all'indirizzo sopraindicato;
- che dalla valutazione SVAMA è stato ottenuto il punteggio di \_\_\_\_\_ e profilo \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_

Il Richiedente \_\_\_\_\_

SPAZIO A CURA DELL'ASSISTENTE SOCIALE		Protocollo
Domanda n° <input type="text"/>	Anno <input type="text"/>	
Parente contattato il _____		
Ospite accolto il _____		
Rinuncia il _____		