

**Accettazione Frequentazione Centro Diurno e
Impegnativa di Pagamento**

SIG.:
NATO: A
RESIDENTE A:
CODICE FISCALE:
RECAPITO:

Accetta l'accoglienza presso il Centro Diurno per il/la sig./sig.ra

GIORNATE:

ORARIO: ____ 08.30 – 18.00

lunedì	
martedì	
mercoledì	
giovedì	
Venerdì	

Giornata intera	
Solo mattino	
Solo pomeriggio	

Dal

SI IMPEGNA

Al pagamento della retta

Tipologia di servizio	Retta intera	Contributo Regionale	Retta netta	X
Retta giornata intera non autosufficienti con patologie dementigene	Euro 51,50	20,00	31,50	
Retta mezza giornata non autosufficienti con patologie dementigene	Euro 34,00	14,00	20,00	
Retta giornata intera non autosufficienti	Euro 44,00	12,50	31,50	
Retta mezza giornata non autosufficienti	Euro 28,75	8,75	20,00	
Retta giornata intera autosufficienti	Euro 31,50	-----	31,50	
Retta mezza giornata autosufficienti	Euro 20,00	-----	20,00	

Servizi a richiesta (I.V.A. inclusa)

		Selezione- note
Messa in piega	Euro 10,68	
Colore	Euro 25,57	
Permanente	Euro 29,50	
Shampoo	Euro 3,44	
Taglio capelli	Euro 9,01	
Fissatore	Euro 2,19	
Sbarbatura	Euro 5,00	
Pedicure	Euro 9,00	
Manicure	Euro 4,80	
Bagno assistito	Euro 10,00	
Trasporto da e per il domicilio	Euro 11,00	
Pranzo	Euro 6,00	

Firma _____

CHIEDE

Che le fatture per le rette emesse da codesta A.S.P. siano intestate a

inviate al seguente indirizzo:

che la trasmissione della documentazione contabile avvenga tramite:

e-mail:

che la modalità di pagamento delle rette avvenga tramite mandato per addebito diretto SEPA Core

ACCETTA E RICEVE

Il Regolamento Interno

La cauzione da versare entro il mese di accoglienza di €500

Adeguate informazione sul regolamento UE 2016/679 – GDPR e successive integrazioni (Legge sulla Privacy)

Firma _____