

Alla cortese attenzione  
**Direttore Amministrativo**  
**Direttore Sanitario**  
Centro "E. Bignamini"  
Fondazione Don Carlo Gnocchi – Onlus  
Via Matteotti, 56 Falconara  
Tel. 071.9160971 (Segr. Medica)  
Tel. 071.9160972 (Amm.ne)  
Fax 071.912104

**Oggetto:** richiesta inserimento cure riabilitative a regime di Semidegenza

Il/I sottoscritto/i \_\_\_\_\_  
genitore/i – tutore di \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
affetto/a da \_\_\_\_\_  
attualmente frequenta \_\_\_\_\_

CHIEDE/DONO

L'inserimento del/la proprio/a figlio/a a cure riabilitative a regime di Semidegenza presso il Vostro Centro.

Per qualsiasi comunicazione rivolgersi al seguente indirizzo:

Nominativo \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
C.A.P. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Recapito telefonico \_\_\_\_\_  
Cellulari \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_