

MSC.CDI.33 Rev.01 del 21.01.2026 Pag. 1 a 10	Direzione di Centro	Fondazione Don Carlo Gnocchi Centro Girola	
REGOLAMENTO ECONOMICO FINANZIARIO DEL CENTRO DIURNO INTEGRATO			

Retta giornaliera

La partecipazione alle attività del Centro Diurno Integrato del Centro Girola della Fondazione Don Carlo Gnocchi ETS prevede una retta giornaliera onnicomprensiva € 42,00 e la possibilità di usufruire del servizio di trasporto alla tariffa giornaliera di € 7,00 (il trasporto è garantito solo dal lunedì al venerdì). È previsto un pagamento di € 20 per ogni giornata di assenza (escluse giornate per ricovero ospedaliero e visite mediche programmate).

Il CDI è convenzionato con il Comune di Milano, che copre totalmente o in parte la retta giornaliera per gli anziani con un reddito basso. Il calcolo della retta inizia a decorrere dal giorno di frequenza.

Modalità e termini di pagamento della retta

L'anziano che **non fruisce** della Convenzione Comunale o viene chiamato ad integrare la retta comunale, è tenuto al pagamento mensile entro i 15 gg del mese successivo alla frequenza.

La retta può essere pagata in una delle seguenti modalità:

- Contanti presso gli Uffici Amministrativi del Centro Girola;
- Assegno Bancario o Assegno Circolare intestato a “Fondazione don Gnocchi ETS”, presso gli Uffici Amministrativi del Centro Girola;

Bonifico Bancario alle seguenti coordinate bancarie: “Fondazione don Gnocchi ETS”, presso Banca Popolare di Milano, Agenzia n°357, IBAN IT61M0503401746000000011437 con motivazione “Pagamento retta mese di Per conto di”. Per evitare bonifici errati, prima di predisporre il medesimo, è opportuno contattare l’Amministrazione per verificare l’importo della fattura del mese di competenza.

Orario degli Uffici Amministrativi.

Gli Uffici Amministrativi sono aperti al pubblico dal lunedì al venerdì dalle ore 9,30 alle ore 12,00 e dalle ore 14,00 alle ore 17,00.

Ritardi nei pagamenti della retta.

Qualora la retta non venga pagata entro i quindici giorni lavorativi, verrà conteggiata una mora per i giorni di ritardo pari a due punti superiori al tasso di sconto.

Dopo 3 giorni di ritardo dalla data utile per il pagamento della retta, si procederà alla dimissione dell’Ospite.

Firma _____

MSC.CDI.33 Rev.01 del 21.01.2026 Pag. 2 a 10	Direzione di Centro	Fondazione Don Carlo Gnocchi Centro Girola	
REGOLAMENTO ECONOMICO FINANZIARIO DEL CENTRO DIURNO INTEGRATO			

DICHIARAZIONE DI IMPEGNO ECONOMICO

La/il sottoscritta/o _____
 nata/o a _____ prov. _____ il _____
 residente a _____ prov. _____ c.a.p. _____ via _____ n° _____
 tel. Casa _____ tel. Ufficio _____ cellulare _____
 relazione di parentela _____ codice fiscale _____

DICHIARA

**di assumere, con decorrenza odierna, l'onere della retta per la partecipazione alle attività del
Centro Diurno Integrato**

della Signora/del Signor _____
 e di riconoscersi quale unico obbligato nei confronti della Fondazione Don Gnocchi, sollevando
 quest'ultima da ogni obbligo di riparto dell'onere della retta, anche in presenza di altri congiunti
 tenuti per legge a provvedere.

La/il sottoscritta/o inoltre

DICHIARA

- Di essere a conoscenza che la retta giornaliera è di € 42,00 e la tariffa giornaliera per il servizio di trasporto è di € 7,00
- Di essere a conoscenza ed accettare le condizioni economico-finanziarie che regolano l'accesso e la partecipazione alle attività del Centro Diurno Integrato.
- Di accettare gli eventuali aumenti di retta che potessero essere disposti dalla Direzione del Centro Girola, la quale si occuperà di darne preavviso con anticipo di almeno un mese.
- Di confermare, sotto la propria piena responsabilità, che i presenti obblighi hanno effetto e durata sino alla avvenuta dimissione dell'Ospite dal Centro.
- Di essere a conoscenza che per ogni giornata di assenza, escluse le giornate di ricovero ospedaliero o per visite mediche programmate, è necessario versare una quota di € 20.
- Di essere a conoscenza che il servizio trasporto, nelle giornate di sabato e domenica, non è garantito.

Data _____

Firma _____

MSC.CDI.33 Rev.01 del 21.01.2026 Pag. 3 a 10	Direzione di Centro	Fondazione Don Carlo Gnocchi Centro Girola	
REGOLAMENTO ECONOMICO FINANZIARIO DEL CENTRO DIURNO INTEGRATO			

Domanda di inserimento presso i Centri Diurni Integrati ATS Milano
per il sig./la sig.ra

Cognome e Nome _____

Data di nascita _____ / _____ / _____ Luogo di nascita _____

Età _____ Genere: M F

Codice Fiscale _____

Tessera sanitaria/Codice assistito _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Recapito Telefonico _____

Domicilio (compilare solo se differente dalla residenza):

Domiciliato in _____ CAP _____

Via / Corso _____

RICHIEDENTE

(COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DIRETTO INTERESSATO ALL'INSERIMENTO PRESSO IL CDI)

Cognome e Nome _____

Data di nascita _____ / _____ / _____ Luogo di nascita _____

CF _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Recapiti telefonici: casa _____ cellulare _____

Indirizzo e mail _____ @ _____

Legame di parentela _____

GIORNI E ORARIO DI FREQUENZA RICHIESTI

- Un giorno
- Due giorni
- Tre giorni
- Quattro giorni
- Cinque giorni
- Sei giorni
- Sette giorni
- Mezza giornata Giornata completa

SERVIZIO DI TRASPORTO (GARANTITO DAL LUNEDÌ AL VENERDÌ)

- Richiesto: andata ritorno
- Non richiesto

MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO

MSC.CDI.33 Rev.01 del 21.01.2026 Pag. 4 a 10	Direzione di Centro	Fondazione Don Carlo Gnocchi Centro Girola	
REGOLAMENTO ECONOMICO FINANZIARIO DEL CENTRO DIURNO INTEGRATO			

Compilazione a cura del Richiedente

<p>CON CHI VIVE</p> <p><input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figli <input type="checkbox"/> Altri parenti _____ <input type="checkbox"/> Badanti Presenza _____ <input type="checkbox"/> Altro _____</p>	<p>TUTELA (DA COMPILEARE SOLO SE PRESENTE)</p> <p><input type="checkbox"/> Amministrazione di sostegno N° decreto _____ <input type="checkbox"/> Inabilità <input type="checkbox"/> Interdizione <input type="checkbox"/> Curatela/procura</p> <p>Nome e cognome: _____</p> <p>Recapiti: _____</p>
<p>SITUAZIONE ABITATIVA</p> <p><input type="checkbox"/> Presenza barriere architettoniche <input type="checkbox"/> Altre difficoltà di accesso per il servizio di trasporto: <input type="checkbox"/> Presenza ascensore <input type="checkbox"/> Servizi igienici adeguati <input type="checkbox"/> Presenza servizi portierato <input type="checkbox"/> Zona di Milano _____</p>	<p>CONVENZIONE</p> <p><input type="checkbox"/> Privato <input type="checkbox"/> Convenzione con _____</p>
<p>COME E' VENUTO A CONOSCENZA DEL CDI</p> <p><input type="checkbox"/> Direttamente <input type="checkbox"/> Assistente Sociale <input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale (medico curante) <input type="checkbox"/> Medico specialista _____ <input type="checkbox"/> Passaparola <input type="checkbox"/> Pubblicità <input type="checkbox"/> Eventi/manifestazioni <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Associazioni / Altro _____</p>	

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:

- ↳ CARTA DI IDENTITÀ
- ↳ TESSERA SANITARIA

Ai sensi dell'art.10 della D.Lgs.196 del 2003 si informa che i dati indicati saranno utilizzati esclusivamente al fine di comunicazione, informazione per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo

Data: _____ / _____ / 20__ Firma del richiedente: _____



REGOLAMENTO ECONOMICO FINANZIARIO DEL CENTRO DIURNO INTEGRATO

Compilazione a cura di un operatore del CDI

Cognome e Nome Ospite _____

<p>SITUAZIONE FAMILIARE</p> <p><input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Divorziato/a <input type="checkbox"/> Celibe/nubile <input type="checkbox"/> Separato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a <input type="checkbox"/> Non dichiarato</p> <p><input type="checkbox"/> Fratelli (N:) <input type="checkbox"/> Sorelle (N:)</p> <p><input type="checkbox"/> Figli (N:) <input type="checkbox"/> Figlie (N:)</p> <p>Recapiti: _____ _____ _____ _____</p>	<p>SITUAZIONE ECONOMICA</p> <p><input type="checkbox"/> Nessuna pensione <input type="checkbox"/> Anzianità/vecchiaia <input type="checkbox"/> Minima/sociale <input type="checkbox"/> Guerra/infortunio sul lavoro, etc <input type="checkbox"/> Reversibilità</p> <p><input type="checkbox"/> In attesa di invalidità <input type="checkbox"/> Invalidità</p> <p>↳ Tipo di invalidità: _____</p> <p>↳ Indennità accompagnamento <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> In attesa accompagnamento <input type="checkbox"/> no</p>
--	---

<p>LIVELLO DI ISTRUZIONE</p> <p><input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Licenza elementare <input type="checkbox"/> Diploma medie inferiori <input type="checkbox"/> Diploma medie superiori in _____ <input type="checkbox"/> Laurea in: _____ <input type="checkbox"/> Altro _____</p>	<p>PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO</p> <p><input type="checkbox"/> Casalinga <input type="checkbox"/> Agricoltore <input type="checkbox"/> Operaio (ambito_____ <input type="checkbox"/> Impiegato (ruolo_____ <input type="checkbox"/> Artigiano (ambito_____ <input type="checkbox"/> Insegnante (in_____ <input type="checkbox"/> Imprenditore (ambito_____ <input type="checkbox"/> Libero Professionista (_____ <input type="checkbox"/> Altro_____</p>
---	---

<p>RICHIESTA DI INSERIMENTO (CDI WEB)</p> <p><input type="checkbox"/> Assistente sociale <input type="checkbox"/> Familiare/affine <input type="checkbox"/> MMG <input type="checkbox"/> Medico ospedaliero/specialista</p>	<p>MOTIVAZIONE INSERIMENTO (CDI WEB)</p> <p><input type="checkbox"/> Alloggio non idoneo <input type="checkbox"/> Altra motivazione sociale <input type="checkbox"/> Insufficiente supporto familiare <input type="checkbox"/> Perdita autonomia (decorso</p>
--	--



REGOLAMENTO ECONOMICO FINANZIARIO DEL CENTRO DIURNO INTEGRATO

<input type="checkbox"/> Propria	degenerativo)
PROVENIENZA (CDI WEB)	
<input type="checkbox"/> Dal domicilio <input type="checkbox"/> Da istituto di ricovero per acuti <input type="checkbox"/> Da struttura sociale <input type="checkbox"/> Da istituto di riabilitazione (compresi ex drg 5000/2007) <input type="checkbox"/> Da CSS <input type="checkbox"/> Da RSA <input type="checkbox"/> Da RSD <input type="checkbox"/> Altro: _____	<input type="checkbox"/> Solitudine
TIPOLOGIA DI POSTO (CDI WEB)	
<input type="checkbox"/> Autorizzato <input type="checkbox"/> Accreditato <input type="checkbox"/> Accreditato e contrattualizzato	

SERVIZI SOCIO SANITARI ATTIVI	
<input type="checkbox"/> CMA di zona _____	<input type="checkbox"/> CPS
Assistente sociale di riferimento: _____	
Recapiti: _____	<input type="checkbox"/> Custode sociale – Portierato Sociale
<input type="checkbox"/> SAD _____	<input type="checkbox"/> Associazioni volontariato
<input type="checkbox"/> ADI _____	<input type="checkbox"/> Parrocchie
	<input type="checkbox"/> Altro

ANALISI DEI BISOGNI	
<input type="checkbox"/> Bisogni di tipo sociale <input type="checkbox"/> socializzazione per condizione di solitudine <input type="checkbox"/> arricchimento rete sociale <input type="checkbox"/> supporto familiare per problematiche di tipo sociale <input type="checkbox"/> supporto familiare per difficoltà di tipo relazionale	

<input type="checkbox"/> Bisogni di tipo sanitario <input type="checkbox"/> somministrazione terapia farmacologica <input type="checkbox"/> interventi medico-infermieristici <input type="checkbox"/> attività di riabilitazione funzionale (motoria/cognitiva)	

<input type="checkbox"/> Bisogni di tipo assistenziale <input type="checkbox"/> elevato carico assistenziale al domicilio <input type="checkbox"/> disturbi del comportamento /disturbi di tipo psichiatrico	



REGOLAMENTO ECONOMICO FINANZIARIO DEL CENTRO DIURNO INTEGRATO

Eventuale attivazione servizi all'interno della rete

Data: ____ / ____ / 20__ Firma del compilatore _____

MSC.CDI.33 Rev.01 del 21.01.2026 Pag. 8 a 10	Direzione di Centro	Fondazione Don Carlo Gnocchi Centro Girola	
REGOLAMENTO ECONOMICO FINANZIARIO DEL CENTRO DIURNO INTEGRATO			

Regolamento interno CDI

L'anziano che frequenta il CDI non modifica il rapporto con il medico di famiglia, mentre il CDI si rende disponibile ad eseguire eventuali piani terapeutici particolari da affidare all'assistenza infermieristica del Centro;

l'obiettivo primario del CDI consiste nel dare assistenza all'anziano in piena sintonia e collaborazione con il medico di famiglia che lo segue; si ritiene pertanto essenziale, favorire un costante rapporto di comunicazione con il medico di famiglia sulle condizioni di salute dell'ospite anche tramite la collaborazione della famiglia;

i farmaci, i presidi personali (pannolini, monouso, ecc.) ed eventuali ausili, restano a carico del singolo ospite attraverso il SSN (su prescrizione del medico di famiglia).

Il personale infermieristico provvede a somministrare la terapia prescritta.

Orari e giornate di funzionamento del CDI

Le attività del CDI si svolgono sette giorni su sette:

dal lunedì al venerdì, con orario elastico a partire dalle ore 08.00 fino alle ore 17.00.

il sabato e la domenica con orario elastico a partire dalle ore 09.00 fino alle ore 18.00.

Il Centro Diurno effettua chiusura durante le feste comandate.

Visite dei parenti e conoscenti

I parenti ed i conoscenti possono far visita e partecipare alle manifestazioni organizzate per il CDI tutti i giorni dell'anno.

Protesica personale

Il Centro Girola risponde degli oggetti e/o delle protesi perse o rotte solo nei casi di accertata responsabilità del personale di assistenza, mentre non può assumere responsabilità alcuna di fronte ad Ospiti con reale compromissione cognitiva.

Denaro ed effetti personali

Si consiglia di non portare appresso oggetti preziosi in quanto la Direzione declina ogni responsabilità in caso di smarrimento.

Alimenti e bevande

Il CDI del Girola propone e mette in atto una corretta gestione dietetica dei singoli; per tanto gli Ospiti ed i parenti sono caldamente sollecitati a non portare alcun genere alimentare.

Assenze degli ospiti

L'Ospite che non può prendere parte alle attività del Centro per motivi di salute, o per qualsiasi altro motivo, deve provvedere a segnalare la propria assenza telefonando al Centro, entro le 8.00 del mattino, al seguente n. 02.64.22.41. È previsto un pagamento di € 20 per ogni giornata di assenza (escluse giornate per ricovero ospedaliero e visite mediche programmate).

MSC.CDI.33 Rev.01 del 21.01.2026 Pag. 9 a 10	Direzione di Centro	Fondazione Don Carlo Gnocchi Centro Girola	
REGOLAMENTO ECONOMICO FINANZIARIO DEL CENTRO DIURNO INTEGRATO			

Per gli anziani che fruiscono del servizio trasporto, onde evitare percorsi inutili, devono chiamare l'ufficio trasporti al numero **02/66201090**. Qualora l'ospite o il parente non dovessero avvisare dell'assenza, la giornata verrà rendicontata come giornata di presenza (tariffa piena), quindi conteggiata per il pagamento.

Le assenze per lunghi periodi (es. vacanze estive), qualora prevedibili, devono essere comunicate in forma scritta alla coordinatrice del CDI nel mese precedente al periodo in oggetto.

Trasporto

Per non arrecare disagi o attese agli ospiti dei giri successivi si è stabilito quanto segue:

Gli operatori attendono l'arrivo del parente dell'ospite all'appuntamento prestabilito per non più di 5 minuti, in caso di ulteriore ritardo si proseguirà con il giro. Sarà premura del parente accompagnare l'ospite al CDI; in entrambi i casi la giornata dovrà essere retribuita. Se il ritardo si effettuerà durante il viaggio di ritorno, superati i 5 minuti di attesa, si accompagnerà l'ospite al Centro Girola avvisando per telefono il parente che dovrà provvedere al riaccompagnamento.

La Direzione

MSC.CDI.33 Rev.01 del 21.01.2026 Pag. 10 a 10	Direzione di Centro	Fondazione Don Carlo Gnocchi Centro Girola	
REGOLAMENTO ECONOMICO FINANZIARIO DEL CENTRO DIURNO INTEGRATO			

CRS – Modulo del Consenso

Il sottoscritto _____ Sesso (M/F)
(Cognome, Nome)

Nato a _____ il _____
(Luogo di nascita) *(Data di nascita)*

Cod.Fisc. _____
(Codice Fiscale)

**Preso atto di quanto previsto dall'informatica relativa al "TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI IN AMBITO CRS-SISSL",
 acconsente al trattamento dei propri dati, anche di carattere sanitario previsto dalla vigente normativa.**

In caso di minori:

Il genitore/tutore _____ Sesso (M/F)
(Cognome, Nome)

Nato a _____ il _____
(Luogo di nascita) *(Data di nascita)*

Cod.Fisc. _____
(Codice Fiscale)

Data

Firma