

RESIDENZE SOCIO SANITARIE SOCIOCULTURALE Domanda di Accoglienza ⁽¹⁾

Il/la Sig./ra _____,
nato/a a _____ il _____,
residente a _____ CAP. _____,
in Via _____, n. _____,
Tel. _____, cell. _____,
indirizzo e-mail _____

in qualità di (grado parentale o affiliazione/Curatore/Tutore/Amministratore/ecc. - da compilare solo se il richiedente è persona diversa dall'interessato):

PRESENTA LA DOMANDA DI ACCOGLIMENTO

per se stesso/a (barrare solo se la domanda viene compilata dall'interessato/a);

oppure per il/la sig./ra _____

nato/a a _____

il _____ residente a _____

CAP. _____, in Via _____, n. _____

a. Presso la:

Residenza "Adele Zara" (Centro Servizi per persone anziane non autosufficienti – 1° livello assistenziale)

Residenza "Suor Armanda" (RSA per persone con disabilità)

b. Richiede, inoltre, che l'accoglimento sia di tipo:

Determinato: dal _____ al _____

Indeterminato

Note: _____

¹ La presente domanda viene redatta a puro titolo informativo e non è vincolante per i richiedenti.

c. Se Familiare/Amministratore di Sostegno/Curatore/Tutore, ecc., eventuali recapiti telefonici:

– **Fasce orarie preferite per essere contattati** (*barrare con una crocetta – anche più opzioni*):

Mattina (09,00 – 11,00)

Pomeriggio (12,00-18,00)

Sera (19,00 – 21,00)

Altra (*specificare*) _____

d. Se contatto non telefonico, si consegna/no (*barrare con una crocetta – anche più opzioni*):

Carta dei Servizi

Regolamento Interno

Altro (*specificare*) _____

IL RICHIEDENTE DICHIARA

Di essere informato/a che ai sensi del Regolamento UE 2016/679 , i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e che potrà esercitare in qualunque momento i suoi diritti

Mira, li _____

Firma del Richiedente
