

Al DIRETTORE
di ASP Terre d'Argine

OGGETTO: **DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI "CENTRO DIURNO R.ROSSI" – POSTI PRIVATI DI VIA E. DE AMICIS N.17 A NOVI DI MODENA.**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
residente nel Comune di _____ via _____
tel. _____ codice fiscale _____

IN QUALITA' DI

UTENTE

AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO / TUTORE / CURATORE:

del/la Sig./a _____ nato/a il _____
residente nel Comune di _____ via _____
tel. _____ codice fiscale _____
giusto provvedimento del Tribunale di _____
n° _____ del _____;

FAMILIARE (grado di parentela) _____

del sig./a _____ nato/a il _____
residente nel Comune di _____ via _____

CHIEDE

L'ammissione al servizio di **"CENTRO DIURNO R. ROSSI" – POSTI PRIVATI** di Via E. De Amicis n.17 a Novi di Modena:

per se stesso

per il/la Sig./a _____ nato/a il _____ residente
nel Comune di _____ via _____
tel. _____ codice fiscale _____

A tal fine

D I C H I A R A

- di essere consapevole che l'ingresso è subordinato al possesso delle condizioni psicofisiche compatibili alla frequenza del Servizio;
- di essere a conoscenza e di accettare tutte le condizioni previste dalla *Carta dei Servizi del Centro Diurno R. Rossi*, di cui riceve copia prima dell'ingresso;
- di essere stato informato che, ai sensi del Regolamento Europeo n.679/2016, i propri dati personali saranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla presa in carico della presente domanda e saranno trattati anche successivamente all'accettazione della domanda di ammissione per le finalità inerenti la gestione del servizio.

data _____

In fede
