

Allegato xxx  
alla CARTA DEI SERVIZI

**AI DIRETTORE**  
**di ASP Terre d'Argine**

OGGETTO: "CARE RESIDENCE R. ROSSI" DI VIA E. DE AMICIS N.17 A NOVI DI MODENA-  
**ACCETTAZIONE SERVIZIO DI CARE RESIDENCE - ALLOGGIO N. \_\_\_\_\_**

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 \_\_\_\_\_

Come da domanda presentata il \_\_\_\_\_ prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, visto l' alloggio  
disponibile e la "Carta dei servizi e Regolamento del servizio"

DICHIARA

- Di ACCETTARE l' alloggio contraddistinto dall' interno n. \_\_\_\_\_, piano \_\_\_\_\_ di mq. \_\_\_\_\_ sito presso il servizio di "CARE RESIDENCE R. ROSSI" di Via E. De Amicis n.17 a Novi di Modena:
  - di essere in grado di corrispondere la retta mensile anticipata a carico dell'utente del servizio di Care Residence e di versare in via anticipata un deposito cauzionale pari a 2 (due) mensilità;
  - di essere a conoscenza e di accettare tutte le condizioni previste dalla *Carta dei Servizi Care Residence R. Rossi* , approvata con deliberazione dell'Amministratore Unico di ASP Terre d'Argine n.20/9 del 27.09.2018;
  - 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