

ALLEGATO A

Al DIRETTORE
di ASP Terre d'Argine

OGGETTO: **DOMANDA DI AMMISSIONE AL SERVIZIO DI "CARE RESIDENCE R. ROSSI" 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 _____
giusto provvedimento del Tribunale di _____
n° _____ del _____;

☐ FAMILIARE (grado di parentela) _____

del sig./a _____

CHIEDE

L'ammissione al servizio di **"CARE RESIDENCE R. ROSSI"** 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 all'esito della valutazione collegiale, che verrà effettuata a seguito di visita presso il proprio domicilio finalizzata alla predisposizione di un Progetto Abitativo Personalizzato (PAP) presso il Care Residence;
- di essere in grado di corrispondere la retta mensile a carico dell'utente del servizio di Care Residence;
- 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 e Regolamento del Care Residence R. Rossi*, approvata con deliberazione dell'Amministratore Unico di ASP Terre d'Argine n.22/11 del 02.11.2018;
- 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.

SI ALLEGA:

- copia della carta di identità in corso di validità dell'UTENTE
- copia della carta di identità in corso di validità dell'AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO o FAMILIARE

data _____

In fede
