



DOMANDA DI ACCOGLIMENTO

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____
residente in _____ via _____
tel. _____ in qualità di _____

CHIEDE l'accoglimento presso l'ASP "Daniele Moro" di Codroipo per il/la Sig./Sig.ra

Cognome _____

Nome _____ Sesso **M** **F**

Luogo e data di nascita _____

Comune di residenza _____

via e numero _____

n. tel. _____ Cod. Fisc. _____

C.R.A. _____ esenzioni _____

Dichiara di impegnarsi a firmare il contratto all'atto dell'accoglimento e di accettare il Regolamento per l'accoglienza e le dimissioni degli ospiti in vigore, del quale ha ricevuto copia; dichiara altresì di aver provveduto ad informare l'interessato della presente richiesta di accoglimento.

Data _____

Firma _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto _____, in qualità di ospite/parente dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 della L. 196/2003 unitamente alla copia dell'art. 7 della Legge medesima ed esprime il consenso al trattamento e alla comunicazione dei propri dati personali e sensibili ai sensi dell' art. 81 del medesimo Decreto per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

Data _____

Firma _____