



ASP CITTÀ DI BOLOGNA

Azienda pubblica di servizi alla persona

**DOMANDA AMMISSIONE
POSTO PRIVATO**

Il Sig./Sig.ra _____ nato il _____

a _____ Provincia _____

residente a _____ Provincia _____

Via _____ n. _____ Cap. _____

valendosi delle disposizioni di cui agli art. 46 e 47 del T.U. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato T.U. , nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, nonché di quanto previsto dall'art. 75 sempre del medesimo T.U. , in merito alla decadenza dei benefici, e sotto la propria personale responsabilità

CHIEDE

L' ammissione al servizio CRA su posto non convenzionato per la struttura di **LERCARO**

PERSONE DI RIFERIMENTO (da contattare):

Sig./Sig.ra _____ (grado di parentela) _____

Telefono _____

Il sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'Informativa ai sensi e per gli effetti del Regolamento U.E. 679/2016 ("GDPR" - Art. 13 - <https://aspbologna.it/assets/387dc6f355308f795c4998085d047ed9.pdf>), di essere informato sul trattamento dei dati personali, finalizzato al perseguimento di compiti di interesse pubblico, e di rilasciare consenso espresso -sempre revocabile- al trattamento degli stessi dati personali, anche in relazione ai dati eventualmente riconducibili all'istanza/domanda ed oneri annessi e conseguenti.

DATA

FIRMA DELL'INTERESSATO (o chi per lui/lei)
