



ASP CITTÀ DI BOLOGNA

Azienda pubblica di servizi alla persona

DOMANDA AMMISSIONE - AUTOSUFFICIENTI / AVENTI DIRITTO

Il Sig./Sig.ra _____ nato il _____
a _____ Provincia _____
residente a _____ Provincia _____
Via _____ n. _____ Cap. _____
Quartiere _____ Telefono _____

CHIEDE

di poter essere ospitato/a dall'ASP Città di Bologna

AVENTE DIRITTO struttura: _____	<input type="checkbox"/>
AUTOSUFFICIENTE – Reparto 2C - Centro Servizi Giovanni XXIII	<input type="checkbox"/>
COMUNITA' ALLOGGIO - Centro Servizi Giovanni XXIII	<input type="checkbox"/>

COMPETENZA ECONOMICA:
totale carico Comune/ altri Enti parziale carico Comune /altri Enti carico interessato

PERSONE DI RIFERIMENTO (da contattare):

Sig./Sig.ra _____ (grado di parentela) _____
Residente a _____ Provincia _____ Cap. _____
Via _____ Telefono _____

DICHIARO di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo n. 679/2016

alla domanda: relazione medica dettagliata comprovante le condizioni di salute dell'interessato; fotocopia della tessera sanitaria e carta d'identità.

Data _____

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