



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. _____

CHIEDE

L' ammissione al servizio CRA su posto non convenzionato con preferenza per le strutture:

- ALBERTONI**
- LERCARO**
- ROMA**
- SALICETO**

PERSONE DI RIFERIMENTO (da contattare):

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

Telefono _____

DICHIARO

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

DATA

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