



ASP CITTÀ DI BOLOGNA

Azienda pubblica di servizi alla persona

**DOMANDA AMMISSIONE
POSTO NON CONVENZIONATO CENTRO DIURNO**

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:

- L'AQUILONE**
- LERCARO**
- S. NICOLO'**
- SAVIOLI**

PERSONE DI RIFERIMENTO (da contattare):

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

Telefono _____

Dichiaro fin d'ora il consenso al trattamento dei dati personali e di eventuali dati particolari contenuti nella domanda, di cui al Regolamento (UE) 2016/679.

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

Data _____