

ALLEGATO "A"



**AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA**

**CASA DI RIPOSO**

**Albenga – Viale Liguria n.14**

Amministrazione tel. 0182/52274 Fax 0182/50841

Reparti di degenza tel. 0182/571097

Sito internet: [www.istitutotrincheri.it](http://www.istitutotrincheri.it) / e-mail: [segreteria@istitutodomenicotrincheri.191.it](mailto:segreteria@istitutodomenicotrincheri.191.it)

**APPROVAZIONE SPECIFICA**

Ai sensi dell'Art.1341 del C.C. il/la sottoscritto/a dichiara di aver attentamente esaminato le clausole di cui ai numeri 1-2-3-4 e di approvarle specificatamente.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

\_\_L\_\_ SOTTOSCRITT \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- A. di avere preso visione delle norme contenute nel Regolamento delle ammissioni e di accettarne senza condizione alcuna, le disposizioni e gli obblighi in esso contenuti;
- B. di autorizzare l'Ente al trattamento dei dati personali secondo l'informativa ai sensi dell'art. 13 del D. lgs.196/2003 (allegata);
- C. di accettare quanto previsto dagli allegati di cui alle lettere A - B - C - D - E - F- G nella domanda di ammissione, che vengono sottoscritti.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_



**AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA**

**CASA DI RIPOSO**

**Albenga – Viale Liguria n.14**

Amministrazione tel. 0182/52274 Fax 0182/50841

Reparti di degenza tel. 0182/571097

Sito internet: [www.istitutotrincheri.it](http://www.istitutotrincheri.it) / e-mail: [segreteria@istitutodomenicotrincheri.191.it](mailto:segreteria@istitutodomenicotrincheri.191.it)

- UTENTE AUTOSUFFICIENTE
- UTENTE PARZIALMENTE NON AUTOSUFFICIENTE
- UTENTE NON AUTOSUFFICIENTE
- UTENTE GRAVEMENTE NON AUTOSUFFICIENTE CON PUNTEGGIO AGED SUPERIORE A 16
- IN ATTESA DI CONTRIBUTO DEL COMUNE DI RESIDENZA

\_\_L\_\_ SOTTOSCRITT \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ PROVINCIA DI \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

IN QUALITA' DI \_\_\_\_\_  
(allegata fotocopia documento di identità)

**CHIEDE**

che venga accolta la domanda di ammissione in Istituto del/della:

SIG./SIG.RA \_\_\_\_\_

NATO /A IL \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ PROVINCIA DI \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ PROVINCIA DI \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

(allegata fotocopia documento di identità)

