



**AZIENDA PUBBLICA DI SERVIZI ALLA PERSONA
"CESARE BENEDETTI"**

Via Del Garda, n. 62 – 38065 MORI – (TN)

C.F. e Part. IVA 00323360222 –

tel. 0464/918152 fax. 0464/918566

e-mail: segreteria@apsp-cesarebenedetti.it

sito internet: www.apsp-cesarebenedetti.it

Mori, _____

**DOMANDA DI ACCOGLIMENTO IN POSTO RSA
A PAGAMENTO**

Cognome e nome _____

Nato/a a _____ il _____

Stato civile _____ Cognome e nome del coniuge _____

Residenza Anagrafica a _____

Via _____ n° - _____

PERSONA DA CONTATTARE PER L'INGRESSO: (cognome, nome, rapporti con l'eventuale ospite,
n. di telefono)

Valutazione U.V.M. effettuata dal Distretto Sanitario di: _____

PATOLOGIE:

IL/LA RICHIEDENTE

Informato sui diritti e sui limiti di cui al decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", esprimo il mio consenso ed autorizzo l'A.P.S.P. "Cesare Benedetti" al trattamento dei miei dati ai fini di cui all'oggetto.