



DOMANDA DI ACCOGLIMENTO NEI MINI-ALLOGGI

Il/La sottoscritto/a
residente a **Prov.** **Via**
Nato/a a **Prov.** **il** ___/___/___
Cittadinanza **ASL di residenza**
Codice Fiscale **Tel.**

CHIEDE

Di essere accolto/a presso i Mini Alloggi Protetti di codesta struttura e a tal proposito

DICHIARA

1) Di possedere i seguenti documenti sanitari:

Tessera sanitaria n.

Tesserino Invalidità

Altre esenzioni

Medico curante (cognome, nome e recapito telefonico)

.....

- 2) Di impegnarsi al pagamento della retta fissata dall' Amministrazione;**
- 3) Di impegnarsi al versamento di un deposito cauzionale pari ad una mensilità;**
- 4) Di avere ricevuto l' informativa sulla privacy ai sensi del D.Lgs n. 196/2003;**
- 5) Di aver preso visione del regolamento interno e di accettarlo.**

Recapito del familiare o di altra persona da contattare in caso di necessità:

Cognome e nome **Grado parentela**

Residente a **via**

Telefono

Data

(FIRMA)

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE:

- Scheda sanitaria compilata dal proprio medico curante;**
- Fotocopia codice fiscale, carta d' identità;**
- Fotocopia tesserino sanitario, tesserino di esenzioni, tessera di invalidità.**

