



COMUNE DI TRAVACO' SICCOMARIO

Via Marconi N. 37 – 27020 Travacò Siccomario (PV)

C.F./P.Iva: 00468090188

Tel. 0382482003 - 0382482230 fax 0382482303

Pec: protocollo@pec.comune.travacosiccomario.pv.it

Richiesta di ammissione

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in Via _____ N° _____

Codice fiscale _____ Telefono _____

quale diretto interessato

ovvero

in qualità di (barrare la voce che interessa)

amministratore di sostegno (allegare attestazione)

tutore legale (allegare attestazione)

parente (specificare grado di parentela) _____

richiede l'ammissione presso il Centro Diurno Integrato "Il Novello Don Franco Comaschi" sito in Travacò Siccomario, Via Santuario del Novello n. 16

di sé stesso

ovvero

del/la Sig./Sig.ra _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in Via _____ N° _____

Codice fiscale _____ Telefono _____

con le seguenti modalità di frequenza:

tempo pieno part time giorni alterni _____

fascia oraria _____ con somministrazione cena

Al fine di ottemperare tutte le procedure di ingresso presso il Vostro CENTRO DIURNO INTEGRATO mi impegno, all'atto dell'ammissione stessa, a sottoscrivere il contratto di ingresso e a produrre la documentazione elencata nel Protocollo d'Accesso (allegato C).

Comunico che in caso di necessità, dovrete contattare:

1) il/la Signor/Signora _____ che risulta essere legata

all'Ospite dalla seguente relazione di parentela/conoscenza _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in Via _____ N° _____



COMUNE DI TRAVACO' SICCOMARIO

Via Marconi N. 37 – 27020 Travacò Siccomario (PV)

C.F./P.Iva: 00468090188

Tel. 0382482003 - 0382482230 fax 0382482303

Pec: protocollo@pec.comune.travacosiccomario.pv.it

Codice fiscale _____ Telefono _____

Mail _____

2) il/la Signor/Signora _____ che risulta essere legata
all'Ospite dalla seguente relazione di parentela/conoscenza _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ in Via _____ N° _____

Codice fiscale _____ Telefono _____

Mail _____

Dichiaro di assumermi ogni responsabilità in merito alla veridicità dei dati qui contenuti ed autorizzo la raccolta, la trasmissione e l'archiviazione dei dati personali all'interno della rete degli enti competenti nel rispetto del diritto alla riservatezza, in conformità a quanto previsto dall'Informativa sulla Privacy ai sensi del Regolamento Europeo (GDPR) 679/2016, consegnatami all'atto della sottoscrizione della richiesta di ammissione.

_____ li _____

Il richiedente
(firma leggibile)
