

Spett. Le
Il Quadrifoglio Soc. Coop. Sociale
Via della Libertà 44
58037 - Santa Fiora (GR)
Mail: amministrazione@quadrifoglioonlus.it
PEC: quadrifogliogc@pec.it

RICHIESTA DI AMMISSIONE RA ROSSELLI

Via Marconi - 58034 CASTELL'AZZARA (GR)

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra

Nato/a a _____ in data _____

E residente in _____ (____) CAP _____

via _____ C. F. _____

Recapito telefonico _____ mail _____

In qualità di:

soggetto con capacità di agire

tutore legale di

Cognome e Nome _____ Nato/a a _____ (____) in data _____

E residente in _____ (____) CAP _____

via _____ C. F. _____

CHIEDE

Dichiarando di aver letto integralmente e sottoscritto il regolamento della RA Rosselli

Di poter essere ammesso ai servizi offerti dalla RA Rosselli - Castell'Azzara (GR);

Che il proprio tutelato possa essere ammesso ai servizi offerti dalla RA Rosselli - Castell'Azzara (GR).

Si comunica altresì già da ora che il nominativo del medico curante è il seguente:

Dott. _____ Con studio in _____

Tel _____ mail _____

Si allega alla presente la seguente documentazione:

- Impegnativa di pagamento della retta o (*in caso di impossibilità di sostenere l'onere del pagamento*), l'impegnativa dei civilmente obbligati agli alimenti entro il giorno 10 del mese;
- Relazione dei Servizi Sociali sulla condizione del richiedente qualora il servizio sociale stesso ne reputi idoneo l'inserimento;
- Certificato del medico curante di idoneità, da cui risulti l'assenza di malattie infettive o contagiose e da cui risulti che lo stato psico-fisico del richiedente non pregiudichi la convivenza in comunità (*autosufficienza o parziale autosufficienza*);
- Copia dei documenti di identità in corso di validità (del richiedente e/o tutore);
- Eventuale certificazione del medico curante con indicazione di particolare regime dietetico da seguire;
- Dichiarazione sostitutiva dello Stato di Famiglia e di Residenza in carta libera;
- Consenso al trattamento dei dati personali dell'interessato al trattamento dei dati personali (o di chi esercita la tutela ad accettare le condizioni elencate sull'apposito modulo a ciò predisposto).

DATI PER FATTURAZIONE

Cognome e Nome _____

Residente in _____ (_____) CAP _____

via _____ C. F. _____

mail _____ Autorizzo l'invio di fatture tramite mail Sì No

Data e luogo _____ In fede _____

INFORMATIVA GDPR 679/2016

Tutti i dati forniti dal sottoscrittore del presente contratto saranno trattati mediante l'utilizzo di strumenti e procedure idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato sia mediante supporti cartacei, sia attraverso l'ausilio di strumenti elettronici. I dati saranno trattati e visionati da personale Il Quadrifoglio Soc. Coop.va Sociale, comunque verranno utilizzati al solo scopo di migliorare il servizio stesso e non verranno in alcun modo ceduti ad aziende esterne alla Il Quadrifoglio Soc. Coop.va Sociale. I dati saranno utilizzati da Il Quadrifoglio Soc. Coop.va Sociale nel rispetto dei principi di protezione della privacy stabiliti dal Regolamento EU 679/2016 in materia di protezione dei dati.

Consenso al trattamento dei dati Sì No

Data _____ Firma _____

