

# A.P.S.P. "REDENTA FLORIANI"

Azienda Pubblica di Servizi alla Persona

**38059 CASTEL IVANO (TN)**

Via Borgo Allocco, 2

Tel. 0461-762009 fax 0461-781199

Partiva IVA 01008300228 - C.F. 81000810226

E-mail: [segreteria@apspstrigno.it](mailto:segreteria@apspstrigno.it)



[www.apspstrigno.it](http://www.apspstrigno.it)

## DOMANDA PER POSTO LETTO ACCREDITATO NON CONVENZIONATO

Il/la Sig./ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ stato civile \_\_\_\_\_

chiede di essere accolto/a presso la A.P.S.P. "R. Floriani" di Castel Ivano (TN).

**MOTIVO DELLA RICHIESTA:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Eventuali comunicazioni scritte e/o telefoniche dovranno essere inviate a:

1. NOMINATIVO \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

NUMERO TELEFONICO \_\_\_\_\_

MAIL \_\_\_\_\_

2. NOMINATIVO \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

NUMERO TELEFONICO \_\_\_\_\_

MAIL \_\_\_\_\_

Esprime altresì il consenso al trattamento dei dati personali, compresi i dati sensibili, a cura del personale assegnato all'ufficio preposto.

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL RICHIEDENTE  
O DI CHI PER ESSO

\_\_\_\_\_