

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



www.apspstrigno.it

DOMANDA PER POSTO LETTO AUTOSUFFICIENTE

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
