



CENTRO PER IL SOLLIEVO  
PER ANZIANI FRAGILI

PARSIFAL  
CONSORZIO PARSIFAL

Astr<sup>o</sup>labio

**c.a.** Assistente Sociale dei Servizi Sociali del Comune di \_\_\_\_\_  
[comune di residenza]

Prot. n. \_\_\_\_\_

Li,

*RICHIESTA DI AMMISSIONE*

*al "CENTRO PER IL SOLLIEVO PER ANZIANI FRAGILI"*

Il sottoscritto (o il tutore) \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

chiede

di essere inserito al "Centro per il sollievo di anziani fragili" e, a tal fine, allega alla presente i seguenti documenti:

Ω certificato medico sullo stato di salute psico-fisico redatto dal medico di medicina generale;

Ω situazione reddituale del nucleo familiare [ISEE]

**Consenso al trattamento dei dati personali**

*Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003 ed all'art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679) in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento da parte del personale comunale di residenza.*

Distinti saluti.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma del richiedente o del tutore

\_\_\_\_\_