

**DOMANDA DI ACCOGLIMENTO**  
**ALLOGGIO PROTETTO**

Data di presentazione .....

Sesso            M                             F

Il/La Sottoscritto/a .....

Nato/a..... il .....

Cittadinanza ..... Residente .....

In Via..... Tel.: .....

C.F.: ..... Stato Civile.....

**CHIEDE**

Di essere accolto/a presso l'Alloggio Protetto di codesta struttura

a tempo indeterminato, a partire dal .....

dal..... al .....

Causa: .....

Su richiesta .....

Alloggio N° .....dal ..... al .....

Alloggio N° .....dal ..... al .....

Alloggio N° .....dal ..... al .....

**DICHIARA**

1) Di possedere i seguenti documenti sanitari:

Tesserino Sanitario N° .....

Tesserino Invalidità:.....

Altre esenzioni: .....

Medico curante (ed eventuale recapito telefonico):.....

.....

2) Di accettare il seguente impegno economico :

- Retta mensile pari a € 1.280,00 per il Mini-Alloggio singolo;
  - Retta mensile pari a € 2.060,00 per il Mini-Alloggio doppio;
- 3) Il deposito cauzionale è pari ad una mensilità, infruttifero di interessi, che verrà detratto dall'ultima retta di soggiorno.
  - 4) Il pagamento della retta mensile dovrà avvenire entro il giorno 5 del mese successivo.
  - 5) Spese dovute per prestazioni straordinarie non attinenti alla normale assistenza alla persona sono a carico dell'Ospite e verranno conteggiate mensilmente (es.: telefono – giornali – ecc.).
  - 6) Il versamento di ogni addebito potrà essere fatto dall'Ospite o dalla persona che ha sottoscritto questo accordo.
  - 7) Qualora le condizioni psico-fisiche del nuovo Ospite non fossero compatibili con i servizi previsti ed autorizzati dall'Ente pubblico, la Direzione dell'U.G.R. Onlus si riserva la facoltà insindacabile di provvedere in merito.
  - 8) Il firmatario dichiara di avere ricevuto l'informativa sulla privacy ai sensi del Regolamento UE 679/2016 meglio noto come GDPR
  - 9) Il richiedente indica il/la familiare:

FIGLIO/A..... Tel.: .....

Cell.: .....

GENERO/NUORA ..... Tel.: .....

ALTRO ..... Tel.: .....Cell.: .....

che, quale suo sostituto in ogni pratica relativa al rapporto con l'U.G.R. Onlus, sottoscrive la presente domanda.

- 10) Il firmatario dichiara di aver presa visione del Regolamento interno e di accettarlo.

**SI INFORMA IL RICHIEDENTE**, il suo legale rappresentante, i suoi familiari e /o l'amministratore di sostegno, della possibilità di chiedere l'intervento del difensore civico territoriale in tutti i casi in cui vi sia negata o limitata la fruibilità delle prestazioni, nonché per ogni eventuale necessità è possibile rivolgersi all'Ufficio Relazioni col Pubblico e all'Ufficio di Pubblica Tutela dell'ATS di Mantova

Vi informiamo inoltre che il trattamento dei Vostri dati è da noi eseguito nel rispetto del Regolamento UE 679 del 2016 meglio noto come GDPR. In relazione a tale trattamento potete esercitare tutti i diritti di cui agli art.li . 15 e seguenti di cui al GDPR di cui sopra, contattandoci agli usuali recapiti.

Firma .....

Eremo, lì \_\_\_\_\_