



Alla C.A. dell'Amministrazione "**CENTRO POLIFUNZIONALE FIORDALISO**" Via Roma, 64 in Bedonia PR
TEL. **0525 824057** – DIRETTORE SAN PIO NICHOLAS MANFREDI TEL. **392 6319445**
La Cra Fiordaliso fa parte del gruppo San Pio Società Cooperativa Sociale, C.so Piave n. 71/B 12051 Alba

DATI OSPITE

Cognome e Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residente in _____ Via _____

**Presenta domanda, NON impegnativa né vincolante, di inserimento in lista d'attesa
per il soggiorno presso la CRA "Fiordaliso" sita Via Roma, 64 in Bedonia PR il sottoscritto:**

DATI RICHIEDENTE

Cognome e Nome _____ Parentela (o Procura) _____

Indirizzo _____

Codice Fiscale _____ Periodo permanenza dal _____ al _____

Recapito telefonico _____ Indirizzo Email _____

Retta giornaliera posto letto camera doppia € 95,00 + iva al 5%

Retta giornaliera posto letto camera singola € 99,00 + iva al 5%

(Animazione, Fisioterapia, Lavanderia e Cucina interna. Assistenza h. 24)

NELLA RETTA È TUTTO COMPRESO AD ESCLUSIONE DI:

- Trasporti con l'ambulanza con l'eccezione dell'emergenze;
- Farmaci di fascia C;
- Servizio parrucchiera/estetista.

AL MOMENTO DELL'INGRESSO SI RICHIEDE:

- Corredo Ospite
- Fondo cassa per eventuali spese extra (sigarette, giornali, parrucchiera, estetista)

TUTELA DEI DATI PERSONALI (LEGGE SULLA PRIVACY)

Il/la sottoscritto/a _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

conscio dell'informativa resa ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679), nonché dei diritti a me riconosciuti, esprimo il mio consenso alla raccolta ed al trattamento, sia manuale che informatizzato, dei miei dati personali, che avverrà nel rispetto di quanto stabilito dalle disposizioni vigenti, per le finalità istituzionali previste dalle leggi e dai regolamenti.

Data _____ Firma del richiedente _____

La presente domanda dev'essere riconsegnata all'ufficio della CRA "Fiordaliso" sita in Via Roma, 64 in Bedonia PR, dal lunedì al venerdì dalle ore 9:30 alle ore 13:00, e possibile anticiparla via EMAIL crafiordaliso@gmail.com. Si precisa che, ai fini di una valida iscrizione, sarà cura del richiedente provvedere altresì alla presentazione della "**DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA**" e della "**SCHEDE SANITARIA**" oltre che alla produzione dell'ulteriore documentazione richiesta in tali documenti.

Data Domanda _____ Firma del richiedente _____