

OGGETTO: dichiarazioni obbligatorie per l'accettazione al CENTRO DIURNO DI PORCIA

l sottoscritt_

(NOME)

(COGNOME)

(CODICE FISCALE)

e residente a

(COMUNE)

(PROV)

(CAP)

(VIA/PIAZZA)

N°

Recapiti

(TELEFONO)

(CELLULARE)

e-mail/P.E.C.

@

essendo a conoscenza delle sanzioni penali, prevista dal D.P.R. n. 445/2000, cui può andare incontro in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci;

CHIEDE

di aver accesso al servizio Centro Diurno

Utente autosufficiente

utente non autosufficiente

in qualità di

Amministratore di sostegno

tutore

Altro titolo, *specificare:*

in nome e per conto del fruitore del servizio:

(NOME)

(COGNOME)

(CODICE FISCALE)

SI IMPEGNA

al pagamento della tariffa per l'utilizzo del servizio Centro Diurno di Porcia .

CHIEDE

che la trasmissione della documentazione contabile (fatture, estratti conto, dichiarazioni) avvenga tramite (segnare solo un'opzione)

<input type="checkbox"/>	posta ordinaria	<input type="checkbox"/>	e-mail:
			(specificare l'indirizzo,)
<input type="checkbox"/>	ritiro in portineria	<input type="checkbox"/>	SDD PAGO PA

DICHIARA

- di aver ricevuto tutte le informazioni riguardanti il funzionamento della struttura;
- di aver ricevuto, ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196/2003, adeguata informazione relativamente a tale normativa sulla privacy, con particolare riguardo agli artt. 7, 11 e 23;

ACCONSENTE

- *al trattamento dei dati personali ed alla comunicazione dei medesimi ai fini dello svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente, anche ad altri Enti Pubblici, medici, strutture sanitarie ed altro, sia in ambito nazionale che all'estero, con particolare ed espresso riferimento ai dati sensibili necessari per la gestione del ricovero e la tutela socio-sanitaria.*

/ /		
(DATA DI COMPILAZIONE)		(FIRMA per esteso e leggibile)

Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia, non autenticata, di un valido documento di identità del dichiarante, all'ufficio competente con qualunque mezzo, anche via fax (0434/223822).

(riservato all' ASP Umberto I)

Il Direttore Generale dell'Azienda vista l'impegnativa di pagamento

DISPONE

l'accoglimento presso l'ASP Umberto I di Piazza della Motta 12 – Pordenone, con decorrenza a tutti gli effetti dal _____, presso sede operativa **Porcia Centro Diurno Via delle Risorgive.**

Pordenone, li

**IL DIRETTORE
GENERALE**
