

## RICHIESTA D'ACCESSO

**Al centro comunale CASA AIMA ONLUS  
Via Vespucci 2  
04100 LATINA**

Il / La sottoscritto/a nato/a a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
 in via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ telefono : \_\_\_\_\_  
 in qualità di \* \_\_\_\_\_  
 cellulare \_\_\_\_\_

### CHIEDE

l'accesso al Centro Comunale CASA AIMA  
 per il/la signor/ra : \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
 il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_  
 in via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
 codice fiscale \_\_\_\_\_  
 in quanto lo/la stesso/a è AFFETTO DA MORBO DI ALZHEIMER.

A tal fine dichiara :

- di aver preso visione del regolamento di accesso a CASA AIMA e di accettarlo integralmente
- che per tutto quanto concerne l'assistenza e cura del suddetto il familiare di riferimento è :

-- il sottoscritto, oppure  
 -- il /la signor/ra \_\_\_\_\_ ( indicare anche la  
 relazione di parentela )  
 i cui recapiti telefonici sono : telefono casa : \_\_\_\_\_ cellulare : \_\_\_\_\_  
 telefono uff. : \_\_\_\_\_

### ALLEGATI

- ° Documentazione medica
- ° Fotocopia documento d'identità del richiedente
- ° Fotocopia documento d'identità dell'assistito

Firma :

Ai sensi della legge 675/96 autorizzo il trattamento e la comunicazione dei dati personali contenuti nella presente richiesta.

Firma :

\* indicare il grado di parentela o la qualifica di tutore