



**APSP OSPEDALE CIVILE DI BUSCA**  
**Piazza Regina Margherita, 10 12022 BUSCA**  
[info@ospedaledibusca.it](mailto:info@ospedaledibusca.it)

**DIVISIONE SS ANNUNZIATA VIA MASSIMO D'AZEGLIO, 29**

## **RICHIESTA DI INSERIMENTO REPARTO AUTOSUFFICIENTI**

Al Signor Presidente  
Ospedale civile di  
12022 B U S C A C N

\_ l \_ sottoscritt \_\_\_\_\_ nat\_ a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

- ✓ Di essere inserito nel reparto Autosufficienti presso la divisione SS Annunziata sita in Via Massimo d'Azeglio 29 a Busca.
- ✓ A tal fine si impegna a garantire il totale pagamento della retta mensile, nella misura concordata con l'Amministrazione di codesto Ospedale e ad accettare eventuali aggiornamenti che in futuro si renderanno necessari.
- ✓ Prende atto della Carta dei servizi e dell'informativa sulla privacy sulle Liste d'attesa.

Data li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

IN FEDE

\_\_\_\_\_

Documentazione necessaria da consegnare per l'accettazione della domanda:

- Compilazione "Anamnesi e condizioni attuali" da parte del medico di base dell'interessato.
- Carta d'identità e codice fiscale



**APSP OSPEDALE CIVILE DI BUSCA**  
**Piazza Regina Margherita, 10 12022 BUSCA**  
[info@ospedaledibusca.it](mailto:info@ospedaledibusca.it)

**DIVISIONE SS ANNUNZIATA VIA MASSIMO D'AZEGLIO, 29**

## **DICHIARAZIONE DI SCARICO DI RESPONSABILITA'**

Il / La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_

Nella sua qualità di (indicare il grado di parentela) \_\_\_\_\_ con  
la presente si impegna a garantire gli obblighi di natura finanziaria del richiedente.

Busca, lì \_\_\_\_\_.

Firma

\_\_\_\_\_