



A.P.S.P OSPEDALE CIVILE DI BUSCA
PIAZZA REGINA MARGHERITA, 10 12022 BUSCA
info@ospedaledibusca.it

CASA DELLA SALUTE - MINIALLOGGI CORSO GIOLITTI, 33

RICHIESTA DI INSERIMENTO IN MINIALLOGGI

Al Presidente
Ospedale Civile di Busca
BUSCA

_ l _ sottoscritt_ _____ nat_ a _____ (__) il __/__/__
residente a _____ in Via _____ Tel. _____

RIVOLGE

Domanda per l'inserimento di un Mini alloggio presso la Casa della Salute per:

☐ n°1 persona

☐ n°2 persone

- ✓ 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 Liste d'attesa.

Data li ____/____/____

IL RICHIEDENTE

Allega alla presente

- Fotocopia documento d'identità e codice fiscale
- Modello "Anamnesi e condizioni attuali" compilato dal Medico di base dell'interessato;



A.P.S.P OSPEDALE CIVILE DI BUSCA
PIAZZA REGINA MARGHERITA, 10 12022 BUSCA
info@ospedaledibusca.it

CASA DELLA SALUTE - MINIALLOGGI CORSO GIOLITTI, 33

DICHIARAZIONE DI SCARICO DI RESPONSABILITA'

Il / La sottoscritto/a _____ nato/a
a _____ il _____ residente in 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
