



L'AQUILA PER LA VITA E.T.S.

Foresteria per malati oncologici



67100 L'Aquila, via Pier delle Vigne, 9 – Condominio "Ariete" Pal. B

**RICHIESTA DI ALLOGGIO IN FORESTERIA DA TRASMETTERE COMPILATA  
AL SEGUENTE INDIRIZZO e-mail: [laquilaperlavita@yahoo.com](mailto:laquilaperlavita@yahoo.com)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

cod. fiscale \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

a seguito di segnalazione dell'U.O.C. di Oncologia medica (dir. Prof. Luciano Mutti) dell'ospedale S. Salvatore dell'Aquila

**CHIEDE**

Di poter usufruire di nn. \_\_\_\_ (max 2) posti letto presso la struttura denominata Il Rifugio dell'Aquila accogliente, corrente in 67100 L'Aquila, via Pier delle Vigne, 9.

Il/la sottoscritto/a dichiara che durante il soggiorno presso il "rifugio dell'Aquila accogliente", sarà accompagnato/a dal/dalla Sig. /Sig.ra \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

recapito telefonico \_\_\_\_\_

figlio/a     moglie/marito     altro da specificare \_\_\_\_\_

Data arrivo \_\_\_\_\_ orario \_\_\_\_\_

Data presunta partenza \_\_\_\_\_ orario \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione del regolamento di gestione della struttura di cui in narrativa e si impegna ad osservarne il disciplinare.

**N.B.: la presente richiesta dovrà essere trasmessa entro e non oltre 48 ore dalla data di arrivo prevista.**

Data e luogo

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si allega copia documento di identità

#### AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto.....autorizza il trattamento dei dati personali nel rispetto della vigente normativa sulla protezione dei dati personali ed, in particolare, il Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali 2016/679, il d.lgs. 30/06/2003 n. 196 e successive modifiche e integrazioni, come modificato da ultimo dal d.lgs. 10/08/2018 n. 101.

Data e luogo

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Spazio riservato all' UOC di Oncologia Medica – Ospedale S. Salvatore L'Aquila

Per presa visione

Visto UOC (firma e timbro)

data

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_