

**ALLA FONDAZIONE ATM
ATTIVITA' FONDO SOCIALE
SOGGIORNO SOCIALE IN RESIDENCE**

DATA RICHIESTA (riservato all'Ufficio Fondazione)

DATI TITOLARE

Cognome Nome

Matricola..... Tel..... Cellulare.....

In servizio

Pensionato/a

PERIODO RICHIESTO (INDICARE FINO A TRE PERIODI IN ORDINE DI PREFERENZA)

| | |
|--------------------|--------------------|
| Prima preferenza | dal _____ al _____ |
| Seconda preferenza | dal _____ al _____ |
| Terza preferenza | dal _____ al _____ |

AVENTI DIRITTO CHE INTENDONO SOGGIORNARE

(NOTA BENE – sistemazione in bilocale massimo 4 posti letto – uso cucina – servizi privati)

| Nominativo (indicare tutti i nominativi dei partecipanti) | Grado di parentela | Richiesta assistenza sanitaria SI - NO | Richiesta pensione completa SI - NO | ANNI |
|--|--------------------|---|--|------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Dichiaro di essere a conoscenza che il soggiorno di uno o di due persone aventi necessità di assistenza sanitaria rientra nella caratteristica del ricovero di sollievo e soggiace allo stesso contributo sociale giornaliero.

OBBLIGATORIO PER I DIPENDENTI - DELEGA PER LE TRATTENUTE A LISTINO PAGA

In caso di accettazione della presente domanda, **autorizzo la Fondazione ATM** a trattenere la quota di partecipazione al soggiorno presso la Struttura dalle mie competenze mensili secondo le modalità previste dalla Carta dei Servizi vigente.

Data Firma del dipendente

Ai sensi del D.lgs. 196/03 **consento al trattamento dei dati** riportati nella presente domanda e nell'eventuale documentazione allegata per gli usi consentiti dalla legge.

Data Firma del Beneficiario