

All'Associazione Alzheimer Vasto Italia

VASTO

Richiesta assistenza specialistica gratuita domiciliare.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Tel./cell. \_\_\_\_\_

In qualità di \_\_\_\_\_

#### C H I E D E

L'erogazione dell'Assistenza specialistica gratuita a domicilio dei professionisti dell'Associazione a sostegno delle persone in stato di demenza tra cui quelle affette dal Morbo di Alzheimer

A favore di: sig./sig.ra \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

Tel/cell \_\_\_\_\_

Di far parte dell'Associazione AVI dal \_\_\_\_\_

#### DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Tutti i dati personali di cui l'Associazione verrà in possesso, saranno trattati nel rispetto del D. Lgs. N. 196/2003 e ss.mm.ii.

data

FIRMA