

Spettabile
Fondazione Enrico Castellini
Ente Filantropico del Terzo Settore
Via dei Cosmati n. 9
00193 ROMA

PROGETTO LUISA
DOMANDA DI ALLOGGIO TEMPORANEO
PER MOTIVI DI SALUTE

_____ sottoscritt _____

nato a _____ il _____ residente a _____
via /Piazza _____ CAP _____
tel. _____ cell. _____ e-mail _____

preso atto

- a) dello Statuto della “Fondazione Enrico Castellini ETS” e del fatto che la stessa opera nel mondo del sociale e della solidarietà senza alcuna altra finalità se non quella di alleviare i problemi dei bisognosi;
- b) che la Fondazione svolge la propria attività esclusivamente attraverso le risorse fornite dai suoi sostenitori;
- c) che è caratteristica principale della Fondazione operare nei confronti del singolo, attraverso interventi mirati alla persona, di cui viene data relazione al fine della verifica dell’utilizzo delle risorse;
- d) che in tale ambito la Fondazione, coerentemente con i propri scopi, offre il proprio aiuto - nell’ambito del “Progetto Luisa” - a persone in condizioni economiche disagiate al fine di permettere loro di usufruire di un alloggio temporaneo, nell’ambito del Comune di Roma, per l’assistenza al proprio familiare _____

ricoverato presso l’Ospedale _____
_____ durante tale periodo
dichiara

1. di essere un soggetto che si trova in stato di bisogno per i seguenti motivi

presenta

la seguente documentazione a comprova di quanto sopra indicato

e fa domanda

per poter usufruire di un alloggio per il periodo di giorni _____ secondo il certificato medico dell’Ospedale. _____

* * * * *

Con riferimento alle disposizioni di cui alla normativa sulla Privacy ed in particolare al GDPR - REG. UE 2016/679 ___ sottoscritt ___ autorizza il trattamento dei suoi dati personali per i fini istituzionali della Fondazione quali la loro divulgazione in campagna acquisizione fondi, comunicazione ai sostenitori, diffusione sulla rete internet, e quant’altro fosse ritenuto idoneo allo scopo.

Data _____

Firma richiedente _____

Allegati:

Fotocopia del documento di riconoscimento

Fotocopia della tessera sanitaria

Documentazione medica