



**Modello 1**

Al Centro Sacro Cuore di Gesù  
Fatebenefratelli  
San Colombano al Lambro

**RICHIESTA AUTORIZZAZIONE ATTIVITÀ PRIVATA DI SUPPORTO  
A TITOLO GRATUITO**

Il/La sottoscritt ..... , nat ... a .....  
il .... / .... / ....., residente a .....  
in via ..... n. .... (doc. ric. ....),  
in qualità di Ospite/familiare /AdS/Tutore del/della sig./sig.ra .....  
degente presso la Comunità ..... di codesto Centro,  
**chiede l'autorizzazione affinché** si possa effettuare APS a titolo gratuito,

a se stesso/a o al predetto Ospite nel/i giorno/i: ..... dalle ore ..... alle .....  
nel/i giorno/i: ..... dalle ore ..... alle .....

Periodo .....

Da parte del/la sig./ra .....

- Familiare, grado di parentela .....  
 Volontario/a dell'Associazione .....

e che, presa visione del Regolamento, dichiara di accettarne ed osservarne i contenuti.

A tal fine il sottoscritto dichiara:

- di essere stato debitamente informato dal Coordinatore/Preposto della Comunità di degenza dell'Ospite dei rischi connessi alla permanenza nel Centro e delle norme di comportamento in caso di Emergenza;
- di autorizzare il Centro al trattamento dei propri dati personali contenuti nella presente istanza, mediante sottoscrizione dell'informativa allegata;
- di voler liberamente e spontaneamente fornire liberatoria in merito a qualsivoglia, eventuale supposta ipotesi di responsabilità per qualsiasi titolo o ragione astrattamente riferibile, anche sul piano oggettivo, a codesto Centro in via diretta ed esclusiva ovvero congiuntamente alle persone che ne costituiscono gli organi rappresentativi ed amministrativi ovvero, infine solo a questi ultimi.

In fede.

Firma

Lì, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Preso visione della richiesta, tenuto conto dell'organizzazione della Comunità e verificato il bisogno dell'Ospite:

Parere del coordinatore:  favorevole  contrario firma .....

Parere del Medico di Comunità:  favorevole  contrario firma .....

Si autorizza  Non si autorizza

Il Medico Responsabile

\_\_\_\_\_