

ONLUS
A.M.O. Associazione Malato Oncologico - Nuoro

Scheda di notificazione

Il/La sottoscritto/a

nato/a a..... il

Residente a Prov.

C.a.p. Via

Tel.

Indirizzo del domicilio (se diverso dalla residenza)

.....

Indirizzo di posta elettronica:

CHIEDE

Di essere ospitato presso la Casa di Accoglienza A.M.O.sita a Nuoro in Via Ballero, 87

dal

al

DICHIARA

- Di aver preso visione del **Regolamento per l'utilizzazione della "Casa di Accoglienza AMO"** approvato dal Consiglio Direttivo dell'AMO in data 15 Ottobre 2012 e di impegnarsi ad accettare incondizionatamente il contenuto e ad osservarne scrupolosamente le disposizioni .

ALLEGA

- certificazione medica, rilasciata dall'ospedale di riferimento, attestante la durata del trattamento terapeutico ambulatoriale.
- documento di identità in corso di validità
- documento di identità in corso di validità dell'accompagnatore/accompagnatrice

Il richiedente

Il volontario incaricato A.M.O.

Data