



**DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE E ACCETTAZIONE
DEL REGOLAMENTO E DELLA CARTA DEI SERVIZI DELLA CASA DI RIPOSO**

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____
(_____) il _____

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____
(_____) il _____ in qualità di _____
del/la sig./sig.ra _____

richiedente l'ammissione in Casa di Riposo consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art.76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARO

sotto la mia personale responsabilità:

- 1) di aver preso visione e di accettare integralmente il Regolamento e la Carta dei Servizi della Casa di Riposo dell'ASP Istituto Romano di San Michele;
- 2) di possedere una copia di entrambi e di impegnarmi a rispettare le prescrizioni contenute nei suddetti documenti.

Luogo/Data _____

Firma _____