

**RICHIESTA DI ACCESSO ALLA STRUTTURA PER VISITATORI**  
***CASA FAMIGLIA PADRE F. SPINELLI – RIVOLTA D’ADDA (CR)***

AL RESPONSABILE MEDICO DELL’U.A.

AL RESPONSABILE SANITARIO  
Dott. Giuseppe Cristiano

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

e io sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

del Sig. \_\_\_\_\_ inserito c/o la Vostra struttura

***CHIEDO***

di poter accedere al luogo da voi indicato e all’interno dell’orario di visita previsto per incontrare l’Ospite. Sono a conoscenza delle norme di comportamento contenute nel Regolamento per le visite agli Ospiti e mi impegno a rispettarle in un’ottica di collaborazione e prioritaria tutela degli Ospiti presenti nella struttura.

**INVIARE IL PRESENTE MODULO ALL’E-MAIL [incontriamoci@casafamigliaspinelli.com](mailto:incontriamoci@casafamigliaspinelli.com)**

**INDICARE IL NUMERO DI TELEFONO PER ESSERE CONTATTATI: \_\_\_\_\_**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, informato di quanto richiamato dal Regolamento UE 679/16 autorizza Casa Famiglia Padre F. Spinelli al trattamento dei dati personali per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ *Il Responsabile Medico di U.A.*

Data \_\_\_\_\_ *Il Responsabile Sanitario*

