



ALL'AZIENDA OSPEDALIERA

Città di _____

URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico)

OGGETTO: richiesta di occupazione d'area per la **sosta di camper** per i parenti dei ricoverati gravi.

Io sottoscritto/a _____, residente a _____, in via _____, cell. _____. Familiare/accompagnatore di _____, attualmente ricoverato presso codesto Ospedale presso il reparto di _____ e per il presumibile periodo di gg. _____

CHIEDO

di poter sostare con il mio automezzo targato _____ presso l'area di parcheggio ospedaliero destinata ai camper privati. La sosta avrà durata del presumibile ricovero e con precisione dal _____ al _____

A tal fine, ai sensi e per gli effetti di cui al D.P.R 445/2000, consapevole delle conseguenze penali di eventuali dichiarazioni mendaci,

DICHIARO:

- che la richiesta di sosta è finalizzata a prestare assistenza a _____
- che ho conoscenza che l'area di sosta non è custodita e che l'Azienda Ospedaliera ASMN non risponderà ad alcun titolo e motivo di eventuali danni subiti dal mio automezzo, dagli occupanti o derivati a terzi.
- che ho consapevolezza di dover rispondere in proprio e direttamente di eventuali danni arrecati a terzi;
- che, laddove presente, provvederò alla restituzione del Badge magnetico, che oggi mi è consegnato, entro e non oltre le ore 12.00 del giorno successivo all'avvenuta conclusione della degenza o delle prestazioni sanitarie extra ricovero;
- che le persone che occuperanno il camper durante la sosta sono le seguenti:

DICHIARO inoltre di aver letto, compreso ed accettato senza riserve l'Informativa allegata e di fornire, ai sensi del D.Lgs 196/2003, il consenso al trattamento dei dati personali, illustrato nell'informativa.

ALLEGO

- fotocopia della carta d'identità o equivalente;
- fotocopia della carta di circolazione del mezzo;
- fotocopia del tagliando d'assicurazione;

DATA _____

FIRMA _____

Per Portineria: badge n. _____, riconsegnato il g. _____, ritirato da _____



L'Azienda Ospedaliera ha attrezzato una zona per la sosta di camper riservata a famigliari di pazienti degenti o in cura in regime di DH e/o sottoposti a prestazioni sanitarie extra degenza, per facilitare l'assistenza e la cura del nucleo parentale.

La finalità del servizio è sociale e non speculativa pertanto la sosta è gratuita e finalizzata unicamente ad obiettivi assistenziali/parentali e come tale rigorosamente limitata al periodo di cura dell'assistito.

Qualora venga erogata corrente elettrica ed altri servizi, questi possono richiedere un contributo che servirà esclusivamente alla manutenzione e/o migliorie dell'area dedicata ai camper.

Ogni altro e diverso uso della zona sarà considerato abusivo e perseguito nei termini di legge.

Per essere autorizzati all'accesso occorre rivolgersi preventivamente all'Azienda Ospedaliera per verificare la disponibilità del posto, quindi, a verifica positiva, prenotare l'occupazione del posto stesso.

All'arrivo occorre presentarsi alla Portineria ove verrà compilata la richiesta e presentare i seguenti documenti:

- Fotocopia di un valido documento di riconoscimento del conducente;
- Fotocopia del libretto di circolazione;
- Fotocopia del tagliando di assicurazione del camper.

Ai fini e per gli effetti del D.Lgs 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", si informa che tutti i dati personali acquisiti durante l'espletamento di tali formalità potranno essere trattati dall'Azienda Ospedaliera sia in forma cartacea che elettronica e potranno essere conosciuti solo dagli operatori dell'Azienda i quali, all'interno di tale specifica attività, risultano incaricati di trattamento e dotati delle specifiche istruzioni operative.

Al termine della sosta i dati personali raccolti verranno eliminati e saranno conservati solo quei dati che in forma anonima rivestono la caratteristica di dati d'attività interna.

AVVERTENZE

LA SOSTA È CONSENTITA SOLO AI CAMPER. ROULOTTE, CARRELLI-TENDA ED AFFINI NON POSSONO TROVARE ACCOGLIENZA.

L'AREA DI SOSTA NON È CUSTODITA E L'AZIENDA OSPEDALIERA NON RISPONDE AD ALCUN TITOLO DEI DANNI SUBITI O ARRECATI DA/A TERZI, DAL/AL MEZZO O DAGLI/AGLI OCCUPANTI.

DATA

FIRMA _____