**ALLEGATO B** (*Da compilare all’atto della domanda di adesione alla Federazione*)

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione Ente |  |
| Via/piazza |  |
| Città |  | Provincia |  | CAP. |  |
| Partita Iva |  | Cod fisc. |  |
| Sito internet |  | Pec |  |

**Posti accreditati con il Servizio Sanitario Regionale [[1]](#footnote-1)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipologia struttura** | **Totale N. posti accreditati** | **Tipologia struttura** | **Totale N. posti accreditati** |
| **SRP1** (CPA) o (SEPA) |  | **SRP1.2** (ex CT) |  |
| **SRP2 (**Ex RSA) |  | **SRP3** (CA) |  |
| **SRP2.1** (CPB) |  | **SRP3.1** (GAh24) o (ex Caup) |  |
| **SRP2.2**  |  | **SRP3.2** (GAh12) |  |
| **Centro Diurno** |  | **SRP3.3** (GA Fasce orarie) |  |
| **Res. Minori terapeutica** |  | **Res. Minori educativa** |  |
| **Diurno per minori** |  | **Comunita DCA (Dist. Comp. Alimentare)** |  |

*Informativa e Consenso al trattamento dei dati personali. Si informa che ai sensi del Regolamento UE 679/2016 i dati personali di cui alla presente scheda verranno utilizzati dalla FENASCOP solo ed esclusivamente per le finalità proprie dell’ associazione. In ogni momento l’interessato potrà avere accesso ai suoi dati e chiederne la modifica o cancellazione.*

**SI’ Dichiaro di acconsentire al trattamento dei miei dati personali**

Data Firma leggibile

1. *Richiesta per fini statistici e per la determinazione dell’importo della quota associativa* [↑](#footnote-ref-1)