

Al Comune di _____

Ufficio di Servizio Sociale

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ e residente in
Via /Piazza _____ n. _____ Comune di _____ CAP _____ Prov. _____
telefono _____ nella qualità di _____ del
minore _____

CHIEDE

Di essere inserito nella mappatura oggetto dell' Avviso Pubblico emanato ai sensi della circolare regionale prot. n. 9165 del 16/03/2017.

DICHIARA

- che il proprio nucleo familiare è così composto:

	Cognome e Nome	rapporto	nato	
		familiare	a	il
1				
2				
3				
4				
5				

- Che il minore in atto riceve i seguenti servizi:

SANITARI

SOCIO-ASSISTENZIALI

1. ASSISTENZA ALLA AUTONOMIA ED ALLA COMUNICAZIONE
 2. ASSISTENZA DOMICILIARE
 3. CENTRO DIURNO
- ALTRO _____

Si allega:

- Copia del certificato dell'handicap del minore rilasciato dalla Commissione di cui alla Legge 104/92;
- Copia del certificato sanitario da cui si evince il grado di disabilità del minore;
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente in corso di validità;

Data _____

Firma _____

CONSENSO DA PARTE DELL'INTERESSATO AL TRATTAMENTO E ALLA DIFFUSIONE DEI DATI SENSIBILI

Il/La sottoscritto/a dopo essere stat__ informat__ ai sensi dell'art.13 del nuovo codice sulla privacy (D.Lgs 196 del 30 giugno 2003) e, in particolare dopo essere stat__ informat__ dei propri diritti nei confronti del trattamento dei dati sanitari e sulla vita sessuale se applicabile;

preso atto che i trattamenti verranno effettuati comunque nei limiti posti dalla legge inclusi i profili inerenti la salvaguardia della loro riservatezza;

ESPRIME

Il proprio consenso al trattamento dei dati personali che l__ riguardano ai fini strettamente necessari per le attività sanitarie correlate all'oggetto della prestazione ed il proprio consenso al trattamento dei propri dati ai fini statistici epidemiologici e di ricerca scientifica, ivi includendovi la comunicazione, diffusione e il trasferimento all'estero nei casi previsti dalla legge.

Data

Firma