



**Distretto Sociale di  
Mantova**

## **RICHIESTA DI ACCESSO AL SERVIZIO NUOTO DISABILI**

(da compilarsi a cura del medico curante)

**Mod. 1**

Al Comune  
Ufficio Servizi Sociali

A richiesta del SIG. ....

Affettoda.....

Si attesta che lo stesso possa usufruire delle attività motorie in acqua svolte presso il SERVIZIO NUOTO DISABILI per un ciclo di N ° ..... trattamenti (per un massimo di 40)

Si attesta inoltre che le condizioni cliniche del richiedente non costituiscono controindicazione specifica allo svolgimento di attività motoria in acqua.

Eventuali suggerimenti o indicazioni specifiche per il trattamento:

.....  
.....  
.....

....., li .....

.....

*(firma del medico)*

### **DICHIARAZIONI DELL'INTERESSATO**

- L'interessato dichiara di aver letto e compreso la presente informativa di cui riceve copia e di aver ricevuto esaurienti spiegazioni in merito alle finalità di trattamento ai fini dell'esecuzione del servizio.
- L'Interessato dichiara di aver perfettamente compreso l'informativa ricevuta.
- L'Interessato prende atto che il consenso al trattamento dei dati è obbligatorio per la fruizione del servizio.

#### **Consenso dell'interessato a trattamenti indispensabili per la prosecuzione del rapporto:**

- Presta il Suo consenso, acquisite le informazioni fornite dal Titolare e Responsabile del trattamento ai sensi del Reg.to UE 2016/679.
- Al conferimento dei dati personali anagrafici per le finalità come descritte:
  - do il consenso  non do il consenso
- Al conferimento dei dati particolari inerenti lo stato di salute per le finalità come descritte:
  - do il consenso  non do il consenso

Comune di Porto Mantovano \_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_  
Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Firma .....



**Distretto Sociale di  
Mantova**

**RICHIESTA DI ACCESSO  
AL SERVIZIO NUOTO DISABILI**

(da compilarsi a cura del medico curante)

**Mod. 1**