



Consorzio "Progetto solidarietà"



COMUNE DI PORTO MANTOVANO

PROVINCIA DI MANTOVA

AL COMUNE DI _____

DOMANDA DI ASSEGNAZIONE DEL VOUCHER SOCIALE PER SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE (SAD)

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ in Via _____

Codice fiscale _____ Telefono _____

CHIEDE

L'assegnazione del voucher sociale per il servizio di assistenza domiciliare (SAD) favore di

☐ Sé stesso

☐ Familiare (specificare _____)

Nome e cognome _____

Nato/a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ in Via _____

C.F. _____

DICHIARA

che, dopo aver preso visione dell'elenco dei soggetti accreditati per l'erogazione del servizio di cui sopra, ha scelto il seguente soggetto accreditato _____

Il Richiedente -----

Luogo e data _____

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 _____, lì _____
Nome e Cognome _____

Firma -----