

Oggetto: Richiesta servizio di Telesoccorso e Teleassistenza.

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ Prov _____ in via/corso _____ n. _____

Codice fiscale _____ telefono _____

CHIEDE PER SE / OVVERO PER

(relazione di parentela) _____ Cognome e nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ Prov _____ in via/corso _____ n. _____

Codice fiscale _____ telefono _____

Di poter usufruire del servizio di telesoccorso e teleassistenza.

Allega:

- Certificazione medica o certificato di invalidità civile.
- Fotocopia documento di identità.

N. B. leggere e sottoscrivere l'informativa sul trattamento dei dati nell'ultima pagina

Olbia li _____

Il/La Richiedente

INFORMAZIONE E ACCESSO AI DATI PERSONALI
Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità istituzionali, strumentali o connesse al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.

Il/La sottoscritto/a _____ esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Olbia li

Firma per accettazione
