

DOMANDA PER ASSEGNO DI CURA

__L__ SOTTOSCRITT _____

NAT__ A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ VIA _____ N. _____

TELEFONO _____ C.F. _____

OPPURE

__L__ SOTTOSCRITT _____

RESIDENTE A _____ VIA _____ N. _____

TELEFONO _____

IN QUALITA' DI _____ PER CONTO DI _____

NAT__ A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ VIA _____ N. _____

TELEFONO _____ C.F. _____

RICHIEDE L'EROGAZIONE DI

Assegno di cura

A tal fine allega:

- Dichiarazione ISEE
- Verbale della Commissione Sanitaria per il riconoscimento dell'Invalidità Civile con indennità di accompagnamento

Dichiara inoltre di essere:

- Informato sui diritti e sui limiti di cui al D.lgs. n. 196/2003 concernente la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, esprime il proprio consenso e autorizza il Comune di Arona a raccogliere e trattare i propri dati personali (anche riferiti a condizioni di salute limitatamente a quanto necessario ed altri dati sensibili) per rispondere alle richieste di intervento che lo riguardano. I servizi del Comune di Arona si impegnano ad utilizzare tali dati esclusivamente ai fini delle attività istituzionali svolte. Quanto sopra esposto Quanto sopra esposto in osservanza del suindicato Decreto;
- Di essere consapevole che il mancato conferimento dei dati richiesti potrebbe portare all'esclusione dell'utente dal servizio richiesto o da quanto richiesto.

Firma

Arona li ____/____/____