

Prot. n. _____

Fusignano _____

Oggetto: Domanda per il servizio Trasporto Anziani (anziani autosufficienti di età superiore ai 75 anni con rete parentale potenzialmente in grado di soddisfare le loro esigenze di mobilità) residenti nel Comune di Fusignano, ai presidi sanitari della Provincia di Ravenna.
ISCRIZIONE ELENCO SECONDA CATEGORIA Nr. Codice progressivo _____

Il/la sottoscritto/a Cognome _____

Nome _____

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

Residente a FUSIGNANO Provincia (RA)

Via/piazza _____ tel. _____

CHIEDE

Di essere iscritto al servizio di trasporto per anziani.

A tal fine dichiara che al momento dell'iscrizione al servizio soddisfa le seguenti condizioni di necessità di assistenza:

- che il proprio nucleo familiare è composto da nr. componenti;
- che il proprio/a figlio/a è residente a Fusignano in Via.....telefono.....

Tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali.

Dichiaro di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs 30 giugno 2003 n. 196, come modificato dal D.Lgs. 101 del 10/08/2018 di recepimento del Regolamento Europeo sulla Protezione dei dati- GDPR (UE) 2016/679, che il titolare del trattamento dei dati personali è l'Unione dei Comuni della Bassa Romagna; e che i dati saranno trattati esclusivamente per l'esecuzione delle operazioni richieste e che a tal fine potranno essere trasmessi a soggetti terzi. In qualunque momento sono consapevole di poter far valere i diritti previsti dalla normativa, quali la modifica o la cancellazione dei dati e la richiesta di ogni altra informazione e che l'informativa dettagliata sul trattamento dei dati personali è pubblicata in modo esteso sul sito www.labassaromagna.it/privacy

IL RICHIEDENTE

Note eventuali (a cura dello dello Sportello) _____