

Al Comune di _____

oppure

Al Distretto Socio-Sanitario RM 6.2

Email: distrettorm6.2@comune.albanolaziale.rm.it

**Modulo di iscrizione per l'istituzione di un Albo di Famiglie affidatarie nell'ambito
dei Comuni del Distretto Socio-Sanitario RM 6.2**

Il/La sottoscritto/a (Cognome) _____ (Nome) _____

Nato/a a _____ il _____

Residente nel Comune di _____ Prov _____

Via/Piazza _____ n° _____

CAP _____ Telefono _____ Cell _____

Domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____

Via/Piazza _____ n° _____ CAP _____

Codice fiscale _____

Stato civile _____

Indirizzo e-mail _____

Grado di istruzione _____

Professione _____

Il/La sottoscritto/a (Cognome) _____ (Nome) _____

Nato/a a _____ il _____

Residente nel Comune di _____ Prov _____

Via/Piazza _____ n° _____

CAP _____ Telefono _____ Cell _____

Domicilio (solo se diverso dalla residenza) Comune di _____

Via/Piazza _____ n° _____ CAP _____

Codice fiscale _____

Stato civile _____

Indirizzo e-mail _____

Grado di istruzione _____

Professione _____

CHIEDE

Di essere inserito nella banca dati delle famiglie affidatarie del Distretto Socio-Sanitario RM 6.2.

DICHIARA

Che il proprio nucleo familiare è composto da:

- persona sola
- coppia senza figli
- coppia con figli
- madre o padre con figli

Ed è così costituito:

Nome	Cognome	Grado di parentela	Età	Professione	Note

N.B. Allegare copia dei documenti di identità in corso di validità.

Luogo e data

Firma del richiedente

Firma del richiedente

INFORMATIVA PRIVACY

Si informano i partecipanti al presente avviso che il trattamento dei dati rilasciati avviene esclusivamente per l'espletamento della procedura di aggiornamento del servizio in oggetto della presente modulistica, ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modificazioni e integrazioni, in particolare rispetto a quanto previsto dal nuovo regolamento UE in materia di protezione dei dati personali 679/2016 (GDPR).

Il conferimento dei dati è obbligatorio per avviare il procedimento relativo al presente avviso.

In ogni momento sarà possibile esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs. n. 196/03 nei confronti del titolare del trattamento indicando espressamente il riferimento al procedimento relativo al presente Avviso.

Il titolare del trattamento dei dati è: _____

Luogo e data

Firma del richiedente

Firma del richiedente

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Autorizza il Distretto Socio-Sanitario RM 6.2 al trattamento dei dati rilasciati esclusivamente per l'espletamento della procedura di aggiornamento del servizio in oggetto della presente modulistica, ai sensi del D.Lgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modificazioni e integrazioni, in particolare rispetto a quanto previsto dal nuovo regolamento UE in materia di protezione dei dati personali 679/2016 (GDPR).

Luogo e data

Firma del richiedente

Firma del richiedente
