**c.a.** Assistente Sociale dei Servizi Sociali del Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[comune di residenza]

Prot. n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Li,

###### RICHIESTA DI AMMISSIONE

###### al “CENTRO PER IL SOLLIEVO PER ANZIANI FRAGILI”

Il sottoscritto (o il tutore)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

chiede

di essere inserito al “Centro per il sollievo di anziani fragili” e, a tal fine, allega alla presente i seguenti documenti:

certificato medico sullo stato di salute psico-fisico redatto dal medico di medicina generale;

situazione reddituale del nucleo familiare [ISEE]

**Consenso al trattamento dei dati personali**

*Ai sensi dell’art. 13 D.Lgs. 196/2003 ed* all’art. 13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679) *in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento da parte del personale comunale di residenza.*

Distinti saluti.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del richiedente o del tutore

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_