

Il/La sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Indirizzo _____ n° _____ Città _____

Cap _____ Provincia _____ Telefono _____

consapevole delle sanzioni penali ed amministrative previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di dichiarazioni false o uso/esibizione di documenti falsi o dati non corrispondenti al vero

CHIEDE IL RILASCIO DI COPIA DEL SEGUENTE REFERTO:

☐ Visita specialistica effettuata dal/dalla Dott/Dott.ssa.....

in data.....

☐ relativa a sé stesso

☐ relativa al Sig. / alla Sig.ra

Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000

DICHIARA DI ESSERE

(compilare solo se la documentazione richiesta si riferisce a persona diversa dal richiedente)

☐ Genitore / Esercente la responsabilità genitoriale

☐ Tutore/Curatore/Amministratore di sostegno *(Allegare provvedimento di nomina da parte del Giudice Tutelare del Tribunale)*

☐ Erede (che agisce in nome e per conto degli altri coeredi, allegare autocertificazione)

☐ Delegato del richiedente (allegare copia del documento d'identità di entrambi i soggetti e delega del richiedente)

Modalità di ritiro

☐ personalmente o tramite persona da me delegata, presso la Reception, dal lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 12.30, con pagamento in contanti della somma di € _____.=

(Si prega di compilare sempre il modulo di ritiro che dovrà essere presentato all'addetto della Reception; in caso il ritiro sia effettuato da persona diversa dall'intestatario, bisogna compilare la parte riportante i dati sia del delegante che del delegato. La mancata presentazione del modulo debitamente compilato non permetterà il ritiro di quanto richiesto)

☐ con spedizione a mezzo lettera raccomandata A.R. all'indirizzo di cui sopra o a quello di seguito indicato

INDIRIZZO PRESSO IL QUALE INVIARE LA DOCUMENTAZIONE:

(IN STAMPATELLO LEGGIBILE)

Comune di _____ cap _____

Via/Viale/Piazza _____ n° _____

previo pagamento a mezzo bonifico della somma di € _____.= + spese postali di invio.

IBAN per bonifico: IT 36 0 05696 11400 000003928X83

Data di presentazione/ricezione *(da compilare da parte dell'addetto alla Reception)* _____

(La richiesta presentata entro le ore 12.00 riporterà la data di presentazione, quella presentata dopo le ore 12.00 riporterà la data del giorno successivo. La richiesta presentata dopo le ore 12.00 del venerdì o di un qualsiasi giorno antecedente un giorno festivo, riporterà la data del lunedì successivo o del primo giorno non festivo successivo a quello di compilazione. In caso di invio della richiesta a mezzo mail o fax, farà fede l'ora di ricezione. Ai fini della tempistica di rilascio, farà fede solo ed esclusivamente la data di presentazione)

(Allegare documento di identità)

Informativa Privacy ai sensi del Regolamento 679/2016/UE e del D.Lgs. n. 196/2003 così come modificato dal D.Lgs 101/2018.

In relazione alla presente segnalazione, il sottoscritto conferma all'Azienda Speciale Cremona Solidale, a cui questa segnalazione è destinata, di aver preso visione dell'informativa allegata e pubblicata sul sito: Informativa ex art. 13 Regolamento Comunitario 2016-679

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all'Azienda Speciale Cremona Solidale saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste Regolamento 679/2016/UE e del D.Lgs. n. 196/2003 così come modificato dal D.Lgs. 101/2018. Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici.

Titolare del trattamento dei dati

Titolare del trattamento dei dati è Cremona Solidale – Azienda Speciale Comunale per i servizi alla persona – Via Brescia n. 207, 26100 Cremona, telefono 0372/533511. L'interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15,16,17,18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE e del D.Lgs. n. 196/2003 così come modificato dal D. Lgs. 101/2018.

L'informatica completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE e del D.Lgs. n. 196/2003 così come modificato dal D.Lgs. 101/2018 è consultabile sul sito web dell'ente: Informativa ex art. 13 Regolamento Comunitario 2016-679

Responsabile della protezione dei dati

Il responsabile della protezione dei dati (RPD) è l'Avv. Martino Del Sozzo, con studio in via Cremona 29/A, (46100) Mantova, Tel. 037622711. email: dpo@cremonasolidale.it

- Il conferimento del consenso è facoltativo, ma il mancato consenso comporterà l'impossibilità di dare corso alla segnalazione e di fornire risposte in merito*
- Nel caso la persona del segnalante non coincidesse con l'interessato, è necessario presentare delega che preveda anche l'autorizzazione al trattamento dei dati personali.*

Consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili

*Il sottoscritto, consapevole che il trattamento potrà anche riguardare sia i dati personali che sensibili **presta il proprio consenso** al fine dello svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa di cui sopra.*

Autorizzo altresì l'invio della presente segnalazione ai soggetti coinvolti.

Data _____ ***Firma*** _____