



A.S.L. CN2

Azienda Sanitaria Locale
di Alba e Bra

Via Vida, 10 . 12051 ALBA (CN)

Tel +39 0173.316111 Fax +39 0173.316480

e-mail: aslcn2@legalmail.it . www.aslcn2.it

Il/La sottoscritto/a.....nato/a a.....il.....

Residente a.....in.....tel.....

Parente/Tutore.....del Sig. /della Sig.ra.....

Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, falsità in atto e uso di atto falso (ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000), e della perdita dei benefici concessi dall'Amministrazione sulla base della presente dichiarazione;

CHIEDE

La fornitura diretta degli alimenti proteici per il Sig. / la Sig.ra:

Cognome.....Nome.....

Nato/a il..... Sesso F M Codice fiscale

Residente in Via/Piazza..... N°.....

C.A.P. Località.....Prov..... Tel.....

~~riconosciuto/a Invalido/a Civile con percentuale.....~~

Chiede contemporaneamente che i presidi vengano consegnati al seguente indirizzo:

presso.....

Via/Piazza.....N°.....

C.A.P. Località.....Prov..... Tel.....

e si impegna alla restituzione entro 30 giorni di quanto non utilizzato, qualora vengano meno i presupposti previsti per l'erogazione

Data..... Firma dell'interessato o firma del tutore.....
o firma del parente indicando il grado di parentela*

Informativa e consenso al trattamento dei dati ai sensi del D.Leg.vo n. 196 del 30.06.2003 (legge sulla privacy)

L'A.S.L. CN2 la informa, ai sensi dell'art. 13 del D.Lg.vo n196/03, che è Titolare del trattamento dei Suoi dati personali e sensibili, compresi i dati sanitari, i quali vengono trattati con modalità sia manuale che informatizzata per le finalità di fornitura di prestazioni, beni e/o servizi; i dati saranno comunicati per finalità di gestione amministrativa-contabile richieste dalla legge o da disposizioni regolamentari; il conferimento dei dati è necessario per la fornitura e la mancata acquisizione può precludere la medesima. Responsabile del trattamento è il Direttore della S.O.C. Assistenza Farmaceutica e per riscontro all'interessato è il Responsabile dell' U.R.P. dell'A.S.L. CN2.

Io sottoscritto, acquisita l'informativa e consapevole dei diritti a me riconosciuti dall'art. 7 del D.Leg.vo n. 196/03, di accedere ai miei dati personali, di chiederne modifica, l'aggiornamento o la cancellazione, ovvero di oppormi al loro utilizzo, per motivi legittimi, esprimo il mio consenso al trattamento dei miei dati, anche sensibili e sanitari, effettuato dall'A.S.L. CN2 nei modi e nelle forme sopra descritti.

Data..... Firma dell'interessato o firma del tutore.....
o firma del parente indicando il grado di parentela*

* Nell'ordine possono sottoscrivere la richiesta, secondo quanto previsto dalla D.P.R. 445/2000, il coniuge, in mancanza il parente in linea o collaterale fino al 3° grado per impedimento temporaneo dell'interessato dovuto a motivi di salute.