

DICHIARAZIONE RELATIVA CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

**AVVISO PUBBLICO PER L'EROGAZIONE DI UN "ASSEGNO DI CURA" AI SOGGETTI IN CONDIZIONE DI
DISABILITÀ GRAVISSIMA E DI DIPENDENZA VITALE CHE NECESSITANO DI ASSISTENZA CONTINUA NELLE
24 ORE. (Fondo non Autosufficienza D.G.R. 311/2013 e 506/2013).**

Il sottoscritto _____ nato a
_____ Il _____ CF _____ Residente a
_____ Via _____ n. _____ Tel. _____
Cell. _____

ACCONSENTE

ai sensi e per gli effetti del Regolamento Europeo 25/05/2018, con la sottoscrizione del presente modulo, al
trattamento dei dati personali.

Letto, confermato e sottoscritto

_____, Li _____

Firma del Dichiarante
