

Alla c.a. del capofila ATS
progetto "Madonie Agro-salute"

OGGETTO: Istanza per l'accesso alle attività del progetto "Madonie Agro-salute"

SOGGETTO RICHIEDENTE

Il/la sottoscritto _____ consapevole della responsabilità penale cui può andare in contro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero, ai sensi del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, dichiara di essere nato/a a _____ il _____ di essere attualmente residente in _____ provincia di _____ comune di _____ via _____ n° _____ cap _____ codice fiscale _____ telefono cellulare _____ email _____ in qualità di beneficiario/familiare delegato o di rappresentante legale. (specificare il titolo) _____ del

SOGGETTO BENEFICIARIO

(da compilarsi solo nel caso in cui il soggetto richiedente non corrisponda al soggetto beneficiario)
Signor/a _____ nato/a a _____ il _____ di essere attualmente residente in _____ provincia di _____ via _____ n° _____ cap _____ codice fiscale _____ telefono cellulare _____ email _____

CHIEDE

l'accesso alle attività previste dal progetto "Madonie Agro-Salute" in favore di persone in condizione di disabilità psichica

A TAL FINE ALLEGA ALLA PRESENTE

- copia del documento di riconoscimento
- certificazione disabilità psichica

Il firmatario autorizza, ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003 e del regolamento GDPR 679/2016, il trattamento dei dati, rilasciati esclusivamente per l'espletamento delle procedure di cui alla presente istanza. I dati verranno trattati in modo lecito e corretto e per un tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono raccolti e trattati, finalizzati all'espletamento della procedura. L'interessato può far valere nei confronti della Amministrazione i diritti di cui all'art. 7 esercitati ai sensi del D.lgs. 196/2003 e del GDPR 2016/679.

_____ LI _____

IL RICHIEDENTE
