

Realizzazione di interventi socio-assistenziali

Progetti di reinserimento sociale rivolti a soggetti affetti da patologie invalidanti

Il sottoscritto _____, nato a _____
il _____, residente in _____ via _____,
tel. _____, cittadinanza _____ CF _____,
e-mail _____

CHIEDE

di essere incluso nell'elenco relativo ai progetti di reinserimento sociale rivolti a soggetti affetti da patologie invalidanti.

A tal fine, consapevole che le dichiarazioni mendaci, la falsità in atti e l'uso di atti falsi sono puniti dal Codice Penale e dalla vigente legislazione in materia,

ALLEGA

- 1) copia del documento di identità
- 2) autocertificazione di residenza

(IN BUSTA CHIUSA)

- 3) certificazione attestante la presenza di patologie invalidanti rilasciata dalla preposta ASL;
- 4) certificazione del proprio medico specialista o, in mancanza, del medico di base, relativa alla specifica inseribilità in contesti lavorativi ed alle relative abilità residuali possedute.

Data _____

FIRMA _____

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo 30/6/2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali - si rendono le seguenti informazioni:

- i dati personali sono richiesti, raccolti e trattati per lo svolgimento delle specifiche funzioni istituzionali e nei limiti previsti dalla relativa normativa;
- la comunicazione o la diffusione dei dati personali a soggetti pubblici o privati sarà effettuata solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessaria per lo svolgimento delle funzioni istituzionali;
- l'interessato potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 30/6/2003, n. 196;
- il titolare dei dati trattati e responsabile del trattamento dei dati stessi è la Capo Area Servizi Sociali comunali e distrettuali.