

Allega alla presente istanza:

- Autorizzazione rilasciata dall'ASP indicante il numero dei trattamenti da effettuare/effettuati;
- Attestazione rilasciata dalla struttura presso la quale sono stati effettuati i trattamenti/cure/visite/terapie contenente il numero degli interventi eseguiti;
- Fotocopia del documento di riconoscimento del richiedente o di chi ne esercita la tutela o responsabilità genitoriale.

Luogo e data _____

FIRMA

INFORMATIVA TRATTAMENTO DATI PERSONALI (PRIVACY)

Ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e regolamento UE 679/2016, in relazione ai dati personali che la riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, la informo che: il trattamento è indispensabile ai fini dell'erogazione del servizio.

Preso atto dell'informativa di cui sopra ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e regolamento UE 679/2016, il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali ivi compresi quelli sensibili

Luogo e data _____

FIRMA
