



Allega alla presente istanza:

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

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

**INFORMATIVA AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO N° 196 /2003 “CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI”**

AI SENSI DEL D. LGS N° 196/2003, ED IN RELAZIONE AI DATI PERSONALI CHE LA RIGUARDANO E CHE FORMERANNO OGGETTO DI TRATTAMENTO, LA INFORMIAMO CHE : - IL TRATTAMENTO È INDISPENSABILE AI FINI DELL'EROGAZIONE DEL SERVIZIO.

PRESO ATTO DELL'INFORMATIVA DI CUI SOPRA AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO N°196/2003, IL/LA SOTTOSCRITTO/A ACCONSENTE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI IVI COMPRESI QUELLI SENSIBILI.

Luogo e data \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_