

Data di pervenuto dell'Ente ricevente

Al Presidente
del Centro di Servizi Residenziali
Fondazione Fratelli Zulianello Impresa Sociale
San Stino di Livenza (VE)

**DOMANDA DI ACCOGLIMENTO
IN CENTRO SERVIZI RESIDENZIALI PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI
CON PROGETTO DI ACCOGLIENZA PROGRAMMATA TEMPORANEA
NON CONVENZIONATA**

Il/La sottoscritto/a _____ in qualità di _____
nato/a a _____ il _____
residente nel Comune di _____
in via _____ n° _____, n° di Telefono _____
altro n° di Telefono _____ n° di Cellulare _____
e-mail _____ Codice Fiscale _____

CHIEDE

l'accoglienza con progetto di accoglienza programmata temporanea non convenzionata

per il/la Sig./ra _____ nato/a a _____
il _____ residente nel Comune di _____
in via _____ n° _____, n° di Telefono _____
Tessera Sanitaria _____ Codice Fiscale _____

per il periodo: da _____ a _____

Luogo _____ Data _____

FIRMA

MODULO DI CONSENSO

DA PARTE DEL FIRMATARIO DELLA DOMANDA

ACQUISIZIONE DEI CONSENSI AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il/La Sig./ra Cognome _____ Nome _____
nato a _____ il _____ in qualità di interessato, dichiaro
di aver ricevuto la lettera informativa in allegato e di aver preso conoscenza delle informazioni ivi contenute,
fornite dal Titolare del Trattamento e di prestare il consenso, per le seguenti tipologie di trattamento:

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI COMUNI/IDENTIFICATIVI

Consenso al trattamento, comunicazione di dati personali comuni, per le finalità specificate nell'informativa:

☐ Do il consenso

☐ Nego il consenso

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI DI PARTICOLARE NATURA, RIGUARDANTI LO STATO DI SALUTE

Consenso al trattamento dei dati inerenti lo stato di salute, per finalità di cura e assistenza:

☐ Do il consenso

☐ Nego il consenso

CONSENSO ALL'INVIO DI COMUNICAZIONI ELETTRONICHE AI FAMILIARI E/O REFERENTI

Consenso alle comunicazioni inviate ai familiari e/o referenti, per le finalità di assistenza /gestione dei servizi:

☐ Do il consenso

☐ Nego il consenso

Luogo _____ Data _____

Firma

MODULO DI CONSENSO

DA PARTE DELL'INTERESSATO – pagina 1 di 2

ACQUISIZIONE DEI CONSENSI AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il/La Sig./ra Cognome _____ Nome _____
nato a _____ il _____ in qualità di interessato, dichiaro
di aver ricevuto la lettera informativa in allegato e di aver preso conoscenza delle informazioni ivi contenute,
fornite dal Titolare del Trattamento e di prestare il consenso, per le seguenti tipologie di trattamento:

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI COMUNI/IDENTIFICATIVI

Consenso al trattamento, comunicazione di dati personali comuni, per le finalità specificate nell'informativa:

☐ Do il consenso

☐ Nego il consenso

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI DI PARTICOLARE NATURA, RIGUARDANTI LO STATO DI SALUTE

Consenso al trattamento dei dati inerenti lo stato di salute, per finalità di cura e assistenza:

☐ Do il consenso

☐ Nego il consenso

CONSENSO ALL'INVIO DI COMUNICAZIONI ELETTRONICHE AI FAMILIARI E/O REFERENTI

Consenso alle comunicazioni inviate ai familiari e/o referenti, per le finalità di assistenza /gestione dei servizi:

☐ Do il consenso

☐ Nego il consenso

Luogo _____ Data _____

Firma dell'Interessato

MODULO DI CONSENSO

DA PARTE DELL'INTERESSATO – pagina 2 di 2

Incapacità alla sottoscrizione del consenso da parte dell'interessato

Il/La Sig./ra Cognome _____ Nome _____
nato a _____ il _____ in qualità di _____ (*)
ai sensi dell'art. 9 del GDPR 679/2016, dichiara che il/La Sig./ra _____
non è nelle condizioni psicofisiche per poter sottoscrivere il consenso.

Luogo _____ Data _____

Firma

(*) Congiunto/Familiare; Tutore/Curatore; Amministratore di Sostegno

Conferma di incapacità alla sottoscrizione del consenso da parte dell'interessato

Il sottoscritto Dott. _____ dichiara che al momento della visita
del giorno _____ il/La Sig./ra _____ non è nelle
condizioni psico-fisiche di poter sottoscrivere il consenso al trattamento dei dati personali e particolari.

Luogo _____ Data _____

Firma del Medico
