



MODULISTICA CENSIMENTO FRAGILI

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente in _____ alla Via _____ n. _____
recapito telefonico _____ (allegare fotocopia del documento di identità)

DICHIARO

Di essere:

- Persona con disabilità;**
(accertata con Verbale n. _____ del _____);
- Anziano/a in condizioni di vulnerabilità;**
(accertata con Verbale n. _____ del _____);
- Invalido civile;**
(accertata con Verbale n. _____ del _____);
- Persona con difficoltà di deambulazione;**
(accertata con Verbale n. _____ del _____);
- Persona che segue terapia salvavita;**
(accertata con Verbale n. _____ del _____);

PERTANTO CHIEDO

Di usufruire del supporto messo a disposizione dal Nucleo Comunale di Protezione Civile.

Acerno, ____/01/2024

In fede

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(DEC. LEG. VO N. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali")
(GDPR "Regolamento UE 2016/679")

La informiamo che la normativa su richiamata, prevede la tutela della riservatezza dei dati personali relativi a persone o altri soggetti. I dati personali sono raccolti e trattati dal Comune di Acerno per lo svolgimento di funzioni istituzionali in materia.

Il trattamento è svolto in relazione allo sviluppo del procedimento amministrativo per cui i dati sono specificati, nonché per gli adempimenti amministrativi ad esso conseguenti.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa, esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali, secondo quanto previsto ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e s.m.i e del GDPR (Regolamento UE 2016/679), nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Acerno, li _____

FIRMA _____