

All. B)

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**  
Tutela della Privacy – art. 76, 77, 81 Decreto legislativo 196/2003

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ per proprio conto esercitando la potestà o tutela  
del sig. \_\_\_\_\_ Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

per impossibilità fisica  per incapacità ad agire  per incapacità di intendere o volere  minore

in qualità di: familiare  convivente  responsabile della struttura presso cui dimora (solo in caso di as-

senza di assenza di congiunti, familiari o conviventi)  Tutore

**DICHIARO**

di aver acquisito e compreso l'informativa per il trattamento dei dati personali e sanitari, fornitami ai sensi del Decreto leg.vo 196/2003 art. 76, 77, 81

**AUTORIZZO: SI**  **NO**

il Consorzio Sociale Valle dell'Irno Ambito 5 6 a trattare i miei dati inerenti prestazioni effettuate.

**DICHIARO:** che il consenso è esteso al trattamento dei dati relativi a prestazioni richieste in futuro; di essere a conoscenza del fatto che i dati raccolti e detenuti in base ad obblighi di legge e non previsti dall'art. 76 del Codice della Privacy non necessitano di consenso al trattamento.

**DICHIARO:** di voler percepire il contributo economico per:  Quietanza

Conto Corrente Bancario: IBAN \_\_\_\_\_ ABI \_\_\_\_\_

CAB \_\_\_\_\_

Banca \_\_\_\_\_

Conto Corrente Postale IBAN \_\_\_\_\_ ABI \_\_\_\_\_

CAB \_\_\_\_\_

Ufficio Postale \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_