Comune di Missanello
Provincia di Potenza

Associazione Nazionale Città dell'Olio

Via Bendini, 2 – 85010 Missanello (PZ)

P.iva. 01327720767- info@comunemissanello.itb- pec:protocollomissanello@ebaspec.it

MODULO DI ADESIONE AL SERVIZIO ODONTOIATRICO E PROTESICO GRATUITO
Progetto Piano Nazionale Equità nella Salute (PNES) – Motorhome Odontoiatrico

DATI DEL RICHIEDENTE

Cognome e nome: _____

Data di nascita: _____

Comune e indirizzo di residenza: _____

Telefono: _____

Consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA

- **Di essere in possesso del seguente requisito:**
  - □ ISEE inferiore a 10.000 € (in questo caso, allegare ISEE in corso di validità);
  - □ Straniero non iscritto al Servizio Sanitario Nazionale (SSN);
  - □ Esenzione per reddito;
  - □ Senza fissa dimora;
  - □ Altra vulnerabilità (specificare): _____

_____

IL/LA RICHIEDENTE_____

Allega:

- Documento di identità e codice fiscale;

CONSENSO RELATIVO AI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR - Regolamento Generale sulla Protezione dei dati e del Codice della Privacy italiano, come modificato dal D.lgs. 101/2018, i dati personali forniti dai richiedenti saranno raccolti e trattati con o senza ausilio di mezzi elettronici. I dichiaranti sono informati che il trattamento dei dati personali forniti avviene per l'espletamento dei soli adempimenti stabiliti dalla Legge in materia e comunque nella piena tutela dei suoi diritti ed in particolare della sua riservatezza. Pertanto, ai sensi della legge n. 196/2003, dà all'ASP il proprio consenso al trattamento dei dati sopra riportati esclusivamente per le finalità dell'avviso.

_____ IL/LA RICHIEDENTE_____

_____

Per uso interno (a cura dei Servizi Sociali):

La sottoscritta, in qualità di Assistente Sociale del Comune di Roccanova, attesta che il richiedente è in possesso dei requisiti previsti dall'Avviso, è stato informato del servizio e ha espresso consenso al trattamento dei dati.

Timbro e firma Assistente Sociale: _____