

RICHIESTA DI VISITA MEDICA

Cognome *Surname – Nom de famille*

Nome *Name - Prenom*

SESSO: maschio *male homme* femmina *female femme*

DATA DI NASCITA: giorno ___ ___ mese ___ ___ anno ___ ___ ___
day jour month mois year année

CODICE FISCALE:

NAZIONALITA': italiana straniera - paese d'origine
foreign étranger - country of origin pays d'origine

Indirizzo *Address - adresse*

Cellulare *mobile phone - portable* Telefono Fisso **0444 -**
landline phone - téléphone fixe

Indirizzo e-mail
email address

TESSERA SANITARIA: NO Sì N. _____

ESENZIONE: NO Sì N. _____

TESSERA STP: NO Sì N. _____

SI CHIEDE DI FISSARE L'APPUNTAMENTO PREFERIBILMENTE NELLE GIORNATE

giorno ora

giorno ora

IL BENEFICIARIO SARÀ ACCOMPAGNATO, se possibile e necessario, DA

personale dei Servizi Sociali un volontario

MEZZI DI TRASPORTO DISPONIBILI:

bicicletta *bicycle - vélo* motorino *moped - mobylette* auto *car - voiture* tram *tram* a piedi *on foot - à pied*

VISITA MEDICA RICHIESTA:

Data (date) ___ / ___ / ___

FIRMA del BENEFICIARIO.....
signature

INFORMATIVA TRATTAMENTO DATI PERSONALI
(art. 13 Regolamento UE 2016/679)

Il/La sottoscritto _____ dichiara di aver ricevuto e letto l'informativa relativa al trattamento dei dati personali resa ai sensi degli artt. 13 e 79 del D.L.gs 196/2003 e smi nonché degli artt. 13 e 15 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR).

Data (date) ___ / ___ / ___ Firma (signature) _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(artt. 13 e 23 del d.lgs. 196/2003)

Il/La sottoscritto _____

AUTORIZZA

la comunicazione dei dati personali sopra conferiti e il trattamento degli stessi da parte di Salute Solidale per l'instaurazione e il corretto espletamento del rapporto di aiuto/assistenza avviato con la presente richiesta.

Data (date) ___ / ___ / ___ Firma (signature) _____

- ENTE INVIANTE: Servizi Sociali Centro Nord Ovest Sud Est Tutela Minori
- Punto Ascolto Caritas, parrocchia.....
- Conferenza San Vincenzo, parrocchia.....

REFERENTE: _____

TELEFONO: _____

Si dichiara che il signor e la sua famiglia sono seguiti dal nostro Ente /Associazione con un progetto di assistenza e accompagnamento personalizzato in quanto riconosciuto in condizioni di disagio socio economiche.

Data ___ / ___ / ___ firma

Timbro

