



## RICHIESTA DI VISITA MEDICA per il MINORE

<b>Cognome</b> <i>Surname – Nom de famille</i>				
<b>Nome</b> <i>Name - Prenom</i>				
<b>SESSO:</b>	<input type="checkbox"/> maschio <i>male homme</i> <input type="checkbox"/> femmina <i>female femme</i>			
<b>DATA DI NASCITA:</b>	giorno ___ ___ mese ___ ___ anno ___ ___ ___ <i>day jour month mois year année</i>			
<b>CODICE FISCALE:</b>	<input type="text"/>			
<b>NAZIONALITA':</b>	<input type="checkbox"/> italiana <input type="checkbox"/> straniera - paese d'origine ..... <i>foreign étranger - country of origin pays d'origine</i>			
<b>Indirizzo</b> <i>Address - adresse</i>				
<b>Cellulare</b> <i>mobile phone - portable</i>	Telefono Fisso <b>0444</b> - <i>landline phone - téléphone fixe</i>			
<b>Indirizzo e-mail</b> <i>email address</i>				
<b>TESSERA SANITARIA:</b>	NO      Sì N. _____			
<b>ESENZIONE:</b>	NO      Sì N. _____			
<b>TESSERA STP:</b>	NO      Sì N. _____			
<b>SI CHIEDE DI FISSARE L'APPUNTAMENTO PREFERIBILMENTE NELLE GIORNATE</b>				
giorno ..... ora .....				
giorno ..... ora .....				
<b>IL MINORE SARÀ ACCOMPAGNATO DAL GENITORE e, se possibile, da</b>				
<input type="checkbox"/> personale dei Servizi Sociali <input type="checkbox"/> un volontario				
<b>MEZZI DI TRASPORTO DISPONIBILI:</b>				
<input type="checkbox"/> bicicletta <i>bicycle - vélo</i>	<input type="checkbox"/> motorino <i>moped - mobbylette</i>	<input type="checkbox"/> auto <i>car - voiture</i>	<input type="checkbox"/> tram <i>tram</i>	<input type="checkbox"/> a piedi <i>on foot - à pied</i>

**VISITA MEDICA RICHIESTA:**

Data (date) \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

FIRMA del genitore.....  
*parent's signature - signature du parent*

**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

