



RICHIESTA DI VISITA MEDICA per il MINORE

Cognome <i>Surname – Nom de famille</i>				
Nome <i>Name - Prenom</i>				
SESSO: <input type="checkbox"/> maschio <i>male homme</i>	<input type="checkbox"/> femmina <i>female femme</i>			
DATA DI NASCITA: giorno ___ ___ <i>day jour</i>	mese ___ ___ <i>month mois</i>	anno ___ ___ ___ <i>year année</i>		
CODICE FISCALE:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
NAZIONALITA': <input type="checkbox"/> italiana	<input type="checkbox"/> straniera - paese d'origine <i>foreign étranger - country of origin pays d'origine</i>			
Indirizzo <i>Address - adresse</i>				
Cellulare <i>mobile phone - portable</i>	Telefono Fisso 0444 - <i>landline phone - téléphone fixe</i>			
Indirizzo e-mail <i>email address</i>				
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 MINORE SARÀ ACCOMPAGNATO DAL GENITORE e, se possibile, da				
<input type="checkbox"/> personale dei Servizi Sociali		<input type="checkbox"/> un volontario		
MEZZI DI TRASPORTO DISPONIBILI:				
<input type="checkbox"/> bicicletta <i>bicycle - vélo</i>	<input type="checkbox"/> motorino <i>moped - mobylette</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

