

Alla Cortese Attenzione del
Servizio Sociale
Del Comune di Monti,
Via Regione Sarda
07020 MONTI

OGGETTO: DOMANDA ESENZIONE SPESE FARMACI.

Il Sottoscritto/a _____,

Nato a _____, il _____,

residente a _____, in Via _____;

TELEFONO _____

CHIEDE

Di poter avere un contributo per acquisto medicinali.

a) Allega dichiarazione dei redditi;

Con osservanza

INFORMATIVA PER L'INTERESSATO.

Ai sensi dell'art.13 del Decreto Legislativo 169/2003, la informiamo che il trattamento dei dati personali forniti o comunque acquisiti è finalizzato alla concessione del beneficio di cui all'art.65 della Legge 448/1998 e ss.mm.ii ed avverrà presso i servizi Sociali del settore Servizi alla Persona, Comune di Monti, con l'utilizzo di procedure anche informatiche, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, anche in caso d'eventuali comunicazioni a terzi.

Il conferimento dei dati è obbligatorio per l'istruttoria della pratica di che trattasi.

All'interessato sono riconosciuti i diritti di cui all'art.7 del Decreto Legislativo n°196/2003 ed in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, nonché di opporsi al trattamento degli stessi per motivi illegittimi.

Il titolare del trattamento dei dati del Comune di Monti.

Monti, li

FIRMA _____