



ANF SEDE Nazionale

Via F. Cavallotti n. 149

74123 Taranto (TA)

Tel./Fax. 0992216002

Domanda per la Richiesta del servizio di accompagnamento alle terapie

Il sottoscritto nato a

Il Residente a

Via n° C.A.P.

Indirizzo E-mail

Telefono Abitazione Cellulare

Inoltre domanda a codesta rispettabile associazione affinché possa usufruire nel servizio da voi fornito gratuitamente e dunque di essere accompagnato presso l'Ospedale S.G. Moscati di Taranto.

Allego:

- copia del documento di identità
- calendario terapie

C.F.

- In caso di problematiche telefoniche relativamente ai miei contatti, autorizzo a contattare la seguente persona per comunicazioni che mi riguardano:

NOME _____ COGNOME _____ N. TEL. _____

Il Richiedente

Il Presidente

(SCARINCI Michele)

ESPRESSIONE DEL CONSENSO - LEGGE SULLA PRIVACY

IL GARANTE PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI, AI SENSI DELL'ART. 22, COMMA 1 L. 675/96, CON PROVVEDIMENTO N. 1 DEL 21/11/1997, A ESPRESSO LA SUA AUTORIZZAZIONE AL PRESENTE TRATTAMENTO

Il sottoscritto (prendendo atto della nota informativa allegata) ai sensi dell'art. 11 della L. 675/96 s.m.i. - presta consenso a che i propri dati personali vengano conservati da ANF Associazione Nazionale Famiglie. L'utilizzazione degli stessi dovrà avvenire esclusivamente per finalità istituzionali, con esclusione di qualsiasi diffusione o comunicazione a soggetto terzi se non con il mio espresso consenso.

Taranto, li ____/____/____

(Firma)

