



Consulta Regionale
degli Handicappati ODV
Soggetto Capofila



Napoli Città
Sociale APS



Comune di _____

Settore/Direzione _____ Tel. _____

Fax _____ Mail _____

Prot. N. _____

Alla Consulta Regionale degli Handicappati ODV
Capofila A.T.S. "COME POSSO AIUTARE? 2"

1P - Richiesta inserimento Utente

___1___ sottoscritt _____

nella qualità di _____

del Comune di _____

in ragione della documentazione illustrativa ricevuta per l'attivazione del Progetto "COME POSSO AIUTARE? 2" Cod. ID: 72

CHIEDE

l'inserimento dell'Utente

Cognome e Nome _____ nat_ il ___/___/ _____

a _____ residente a _____

in via _____ rec. tel. _____

nelle **attività** di:

- Video Assistenza a Distanza (VAD)
- Corso per Smartphone
- Salotto Ludico Culturale "Caffè e Tisane, Trine e Merletti"
- Accompagnamento Solidale
- Gruppo di Ballo
- Assistenza domiciliare alla persona
- Escursioni a gruppi con il pulmino
- Incontro con le scolaresche

previste nell'ambito del Progetto "COME POSSO AIUTARE? 2" Cod. ID: 72, finanziato dalla Regione Campania con risorse statali del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

Si allega la seguente documentazione: _____

Nel restare a Vs. disposizione per eventuali ulteriori informazioni e/o documentazione, si resta in attesa di eventuale ammissione al servizio/i.

Distinti saluti

_____, ___/___/_____

Timbro e Firma

I/P - ISTANZA ENTE PUBBLICO



Consulta Regionale
degli Handicappati ODV
Soggetto Capofila



Napoli Città
Sociale APS



Informativa privacy

La presente informativa è resa nel rispetto degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (di seguito “GDPR”) relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati.

Il trattamento avverrà nel rispetto della vigente normativa (GDPR e del D. Lgs n. 169/03), nonché dei principi di correttezza, liceità, trasparenza e riservatezza pertanto, a tutela dei suoi diritti Le forniamo le seguenti informazioni:

- Il Soggetto titolare del trattamento dei dati è, in qualità di Capofila dell’A.T.S. “COME POSSO AIUTARE? 2”, la Consulta Regionale degli Handicappati ODV con sede operativa in via Pietravalle n. 10 - 80132 Napoli;
- I dati, personali e particolari, raccolti saranno trattati ed archiviati dalla CRH ODV per le attività del progetto “COME POSSO AIUTARE? 2” Cod. ID 72 (di seguito Progetto) di cui si è fatta richiesta, e per tutte gli adempimenti ad esso legate;
- Il conferimento dei dati è obbligatorio. L'eventuale rifiuto a fornire tali dati comporta la mancata possibilità di inserimento nelle attività del Progetto;
- I dati potranno essere comunicati ad eventuali soggetti strumentali allo svolgimento delle attività del Progetto quali, a mero titolo esemplificativo, operatori, Enti pubblici o privati coinvolti nella realizzazione del Progetto, altri, sia sul territorio nazionale che estero;
- Il trattamento dei dati sarà effettuato con modalità informatizzata e/o manuale e saranno conservati per il periodo di tempo previsto per legge;
- L’Interessato potrà, in qualsiasi momento, esercitare tutti i diritti indicati agli artt. dal 15 al 21 del GDPR mediante comunicazione scritta da inviare a mezzo posta elettronica all’indirizzo mail crhonlus@crhonlus.it.

__1__ sottoscritt__ Sig. _____ , nat__ a _____ (____), il __/__/____, in qualità di soggetto interessato dichiara di aver ricevuto, da parte del Soggetto titolare del trattamento, l’informativa completa ex artt. 13 e 14 del GDPR, inerente il trattamento dei dati personali e pertanto rilascia, firmando il presente scritto, formale autorizzazione per l’utilizzo di tali dati.

__1__ sottoscritt__, inoltre dichiara di essere stato informato che l’Informativa Privacy completa è consultabile anche alla pagina WEB http://www.crhonlus.it/privacy_policy.htm.

Luogo _____ Data __/__/____

Firma (leggibile) _____