

“Allegato B –

Dichiarazione del consenso della persona assistita/amministratore di sostegno, curatore o tutore”

**AVVISO PUBBLICO FONDO NAZIONALE PER IL SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E
ASSISTENZA DEL CAREGIVER FAMILIARE PER GLI ANNI 2021-2022**

Dichiarazione del consenso della persona assistita/amministratore di sostegno, curatore o tutore.

Il/la sottoscritto/a

NomeCognome.....
nato/a..... il.....nel Comune
diProv.residente nel Comune
di.....Via/P.zza.....
n.°.....CAP.....tel./cell.....
Codice Fiscale.....
Indirizzo e mail

in qualità di

- persona assistita
- amministratore di sostegno
- curatore o tutore

DICHIARA

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R.445/2000)

di dare il consenso a

Nome _____ Cognome _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____
Codice fiscale _____ residente nel Comune di _____
in Via / P.zza _____ n.° _____ CAP _____
_____ tel. _____ cell. _____ Codice Fiscale _____
_____ Indirizzo email _____;

di poter usufruire del contributo economico concesso ai caregiver familiari finalizzato al sostegno del ruolo di cura ed assistenza a valere sull'avviso Ambito Territoriale Sociale di CAULONIA

INFINE DICHIARA

di aver ricevuto l'informativa, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016

(GDPR) relativo alla protezione della persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 del 26/04/2016 (GDPR) relativo alla protezione della persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, le informazioni, i dati e le notizie e le dichiarazioni acquisite, di natura personale e sensibili, saranno trattati esclusivamente per l'espletamento e la erogazione del beneficio presso l'Ambito socio assistenziale di Trebisacce in qualità di titolare e responsabile.

I dati sopra richiesti verranno trattati dall'Ambito Territoriale Sociale di Caulonia in qualità di titolare del trattamento. Il richiedente di cui al citato avviso ha il diritto di conoscere i propri dati utilizzati dal Titolare. Nel caso in cui i dati non fossero del tutto corretti, l'interessato ha il diritto di aggiornamento, di rettifica, di integrazione dei propri dati; l'interessato ha inoltre diritto di opporsi al trattamento nonché, in caso di violazione di legge, alla cancellazione, alla anonimizzazione e al blocco dei dati trattati.

Data _____

Firma della persona con disabilità (o del suo amministratore di sostegno, curatore o tutore)

Allegati:

- copia documento di identità e del codice fiscale in corso di validità del dichiarante sottoscrittore.