

Intestato a _____ (da allegare)

Allega alla presente:

- ☐ Certificato rilasciato da un medico specialista di **data non successiva al 30 aprile 2025**, attestante la diagnosi di fibromialgia;
- ☐ Copia documento di identità e Codice Fiscale;
- ☐ Attestazione ISEE in corso di validità;
- ☐ Copia Codice IBAN;
- ☐ Eventuale copia conforme all'originale del Decreto del Giudice Tutelare di nomina a Tutore, Curatore o Amministratore di sostegno.

INFORMAZIONE E ACCESSO AI DATI PERSONALI

Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

I dati personali forniti saranno trattati esclusivamente per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti stabiliti dal vigente Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Il trattamento dei dati sarà effettuato mediante strumenti informatici oltre che manuali e su supporti cartacei, ad opera di soggetti appositamente incaricati.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Regolamento UE 2016/679 – Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati

Il/ La sottoscritto/a _____ esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità relative al presente procedimento, con le modalità e nei limiti previsti dal vigente Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati – Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016.

Golfo Aranci, li _____

Firma per accettazione

Golfo Aranci li _____

(Firma del richiedente)