

# ESPRESSIONE DEL CONSENSO

ai sensi del Regolamento generale sulla protezione dei dati  
del Parlamento Europeo e del Consiglio d'Europa del 27 aprile 2016, n. 679 (GDPR)

e ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196  
"Codice in materia di protezione dei dati personali",  
come modificato dal Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101

Il/La sottoscritto/a

nato/a a

il

residente nel Comune di

in via/piazza

- in qualità di
- diretto interessato
  - oppure di*
  - esercente la responsabilità genitoriale
  - tutore
  - curatore
  - amministratore di sostegno

Di

nome e cognome	<input type="text"/>
nato a	<input type="text"/>
residente nel Comune di	<input type="text"/>
in via/piazza	<input type="text"/>

## DICHIARA

di aver ricevuto e compreso l'informativa per il consenso al trattamento dei dati personali fornitagli/le e conseguentemente

## ESPRIME IL CONSENSO

*al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali propri e/o di suo/a figlio/a e/o della persona di cui è rappresentante legale (nome e cognome) ..... necessari all'attività di approfondimento valutativo da parte dei servizi, alla predisposizione di un progetto personalizzato a favore di se stesso e/o di suo/a figlio/a/ e/o della persona di cui è il rappresentante legale e/o all'ottenimento di prestazioni sociali, socio-assistenziali, socio-educative e socio-sanitarie e/o all'attivazione di specifici interventi, servizi e progetti sociali, socio-assistenziali, socio-educativi e socio-sanitari.*

*Inoltre, autorizzo gli operatori a poter effettuare contatti e incontri con soggetti diversi che si rendessero necessari nell'espletamento delle proprie funzioni.*

Località e data

Firma Leggibile

.....

.....

Documento di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

*Spazio riservato all'ufficio in caso di consenso manifestato oralmente*

Il/La sottoscritto/a ....., in qualità di ....., dichiara di aver consegnato il modulo avente ad oggetto l'informativa per il trattamento dei dati personali e di aver ricevuto la manifestazione orale di consenso al trattamento da parte di (*indicare nome e cognome*) ....., nato a ....., il ....., identificato previa esibizione di ..... (*indicare gli estremi del documento di riconoscimento*).

Località e data ..... Firma leggibile .....

Località e data ..... Firma .....

Documento di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

Da inviare entro venerdì **17 DICEMBRE** 2021  
a Gaia Pecile  
all'indirizzo mail **gaia.pecile@asufc.sanita.fvg.it**