

**ASSEGNO DI CURA TIPO "A" – Allegato A**  
*(supporto alla famiglia che presta direttamente assistenza al proprio familiare non autosufficiente)*

**Domanda**

Al Sig. Sindaco del Comune di _____ _____	prot. n° _____ del _____
--	-----------------------------

(Riservato all'Ufficio)

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

**in qualità di titolare/familiare/tutore/altro (spec.)**  
*(la parte sottostante è da compilare soltanto nel caso in cui il richiedente è persona diversa dal titolare)*

del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

**fa domanda di Assegno di Cura tipo "A"**

A tal fine, il sottoscritto

**dichiara**

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000

**1. Dati generali**

- a. che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;
- b. l'impegno della famiglia a garantire le risorse umane necessarie ad assicurare adeguata assistenza a favore del proprio familiare non autosufficiente presso il suo domicilio;
- c. l'impegno a presentare ogni anno certificazione ISEE i cui redditi siano riferiti all'ultima dichiarazione dei redditi presentata;
- d. di essere a conoscenza che la mancata presentazione della certificazione ISEE, comporta l'esclusione dal beneficio;
- e. che la **persona di riferimento** è:

Signor/a \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, telefono \_\_\_\_\_

## 2. Modalità di riscossione

Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità

*chiede che la liquidazione del contributo economico venga effettuata con la seguente modalità:*

- Assegno non trasferibile
- Accreditamento bancario, su istituto di credito \_\_\_\_\_  
IBAN \_\_\_\_\_

Intestato a		
Richiedente	Beneficiario	Persona di riferimento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 3. Comunicazione variazioni

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunale comunicando tempestivamente, entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona non autosufficiente:

- a) l'ingresso in una struttura residenziale ed il relativo periodo di permanenza;
- b) il decesso;
- c) il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;
- d) le variazioni contrattuali relative alle assistenti familiari (licenziamento, variazione orario, sostituzione della persona, ecc.)

In fede

Luogo, \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

Allega:

- certificato di invalidità per la concessione dell'indennità di accompagnamento rilasciato dalla Commissione Medica competente ai sensi della L. 18/1980;
- attestazione I.S.E.E. 2021 del nucleo familiare della persona non autosufficiente, come disciplinato dai D.Lgs. n. 109/98 e n. 130/2000 e dai D.P.C.M. n. 221/99 e n. 242/01, attestante il valore uguale o al di sotto di € 10.635,30 da produrre annualmente;
- stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di pubblicazione dell'Avviso;
- autocertificazione che attesti l'assistenza diretta al proprio familiare (Assegno di tipo A);
- documento di identità valido del dichiarante.

### *Informativa relativa al trattamento dei dati personali*

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR - Regolamento generale sulla protezione dei dati - e del codice della privacy italiano, come modificato dal d.lgs 101/2018, i dati personali forniti dai richiedenti saranno raccolti e trattati con o senza ausilio di mezzi elettronici, secondo quanto indicato nell'informativa dell'avviso stesso di cui il sottoscritto dichiara la presa visione ed accettazione.

Data \_\_\_\_\_

**Il Dichiarante**

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

REGISTRO DEI CONSENSI ANNO 2021- COMUNE DI IRSINA (MT)- CONTRIBUTO PER ASSEGNO DI CURA (D.C.G. N. 588 DEL 28.09.2009) –  
PROGRESSIVO N. \_\_\_\_\_

Consenso dell'interessato al trattamento, comunicazione diffusione dei dati personali

Io sottoscritto/a interessato/a, \_\_\_\_\_ con la firma apposta attesto il mio libero consenso, affinché il titolare, terzi autorizzati e responsabili procedano al trattamento dei dati personali e al Trattamento automatizzato senza profilazione, relativamente alla pratica CONTRIBUTO PER ASSEGNO DI CURA (D.C.G. N. 588 DEL 28.09.2009) di cui è titolare e per le agevolazioni previste dallo stesso.  
Sono consapevole che i dati relativi a:

- stato di salute
- stato reddituale

saranno trattati dal Comune Capofila (IRSINA) in qualità di Comune Capofila e dei comuni costituenti l'Ambito 7 – Bradanica Medio Basento (Bernalda, Calciano, Ferrandina, Garaguso, Grassano, Grottole, Irsina, Miglionico, Montescaglioso, Oliveto Lucano, Pomarico, Salandra e Tricarico) e dal mio comune di Residenza, nonché da tutte le persone, enti ed aventi diritto come indicati nell'Informativa ricevuta e dalle previsioni normative ivi richiamate.

Che il consenso alla comunicazione dei dati è circoscritto all'ambito dei soggetti indicati nell'informativa generale resa nota sul sito del Comune di Irsina e dalla Regione Basilicata.

Dichiaro di consentire altresì il trattamento dei miei dati personali necessari al corretto espletamento di tutte le pratiche connesse alle finalità del trattamento dei dati. Sono stato reso edotto che i diritti a me spettanti, tra cui accesso e revoca sono ben declinati nella suddetta informativa.

Prendo altresì atto che l'eventuale esistenza di dati particolari fra quelli raccolti è indicato in modo chiaro e, conscio di ciò, estendo il mio consenso anche al trattamento ed alla comunicazione di tali dati vincolando il consenso, comunque al rispetto di ogni altra condizione imposta dalla legge, ivi incluso il diritto alla riservatezza e alla minimizzazione dei dati trattati e conservati.

Sono consapevole che in assenza del mio consenso, la pratica non potrà essere istruita, né trattata poiché tali i dati sono essenziali per il riconoscimento del beneficio economico.

Confermo la mia volontà con la sottoscrizione del presente atto.

Cancellare la voce che non interessa

Autorizza/non autorizza la comunicazione dei propri dati personali.

Autorizza/non autorizza la diffusione dei propri dati personali.

\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**ASSEGNO DI CURA TIPO "B" – Allegato B**  
*(supporto alla famiglia che intende avvalersi a titolo oneroso di familiari o assistenti familiari)*

**Domanda**

Al Sig. Sindaco del Comune di _____	prot. n° _____
_____	del _____
<small>(Riservato all'Ufficio)</small>	

Il sottoscritto/a _____	codice fiscale _____
nato/a _____ (____)	il _____
residente a _____	CAP _____
indirizzo _____, n° _____,	telefono _____

**in qualità di titolare/familiare/tutore/altro (spec.)**  
*(la parte sottostante è da compilare soltanto nel caso in cui il richiedente è persona diversa dal titolare)*

del Sig./Sig.ra _____	codice fiscale _____
nato/a _____ (____)	il _____
residente a _____	CAP _____
indirizzo _____, n° _____,	telefono _____

**fa domanda di Assegno di Cura tipo "B"**

A tal fine, il sottoscritto

**dichiara**

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000

**1. Dati generali**

- a. che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;
- b. che la famiglia:
  - intende avvalersi, a titolo oneroso, di familiari o di uno o più assistenti familiari;ovvero
  - sostiene gli oneri per l'assistenza alla persona non autosufficiente sopra indicata da parte di familiari o di uno o più assistenti familiari come al successivo punto 2;
- c. l'impegno a presentare ogni anno certificazione ISEE i cui redditi siano riferiti all'ultima dichiarazione dei redditi presentata;
- d. di essere a conoscenza che la mancata presentazione della certificazione ISEE, comporta l'esclusione dal beneficio;
- e. che la **persona di riferimento** è:

Signor/a _____	codice fiscale _____
nato/a _____ (____)	il _____
residente a _____	CAP _____
indirizzo _____, n° _____,	telefono _____

## 2. Dati relativi al familiare o all'assistente familiare

### A. Familiare o Assistente familiare assunto/a dalla famiglia

1. Il familiare/L'assistente familiare \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, iscritto/a all'INPS con matr. \_\_\_\_\_ il /\_ / \_\_, categoria o qualifica \_\_\_\_\_, è stato/a assunto/a da un familiare con regolare contratto di lavoro per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona con disabilità gravissima indicata in precedenza:  
- per n° \_\_\_\_\_ ore settimanali di assistenza per il periodo dal /\_ /\_

### B. Familiare o Assistente familiare pagato/a per il tramite di enti terzi

1. Il familiare/L'assistente familiare \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, regolarmente assunto/a dalla Ditta (ragione sociale) \_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_, avente sede legale a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) in Via \_\_\_\_\_, iscritta al Registro Regionale \_\_\_\_\_ (cooperative sociali, ecc.) ovvero nel Registro C.C.I.A.A. nella posizione n° \_\_\_\_\_, per il quale il familiare del beneficiario sostiene il costo, come da dichiarazione allegata, per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona con disabilità gravissima indicata in precedenza:  
- per n° \_\_\_\_\_ ore settimanali di assistenza per il periodo dal /\_ /\_

### 3. Modalità di riscossione

Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità

**chiede che la liquidazione del contributo economico venga effettuata con la seguente modalità:**

- Assegno non trasferibile
- Accreditamento bancario, su istituto di credito \_\_\_\_\_  
IBAN \_\_\_\_\_

Intestato a		
Richiedente	Beneficiario	Persona di riferimento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 4. Comunicazione variazioni

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunale comunicando tempestivamente, entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona non autosufficiente:

- a) l'ingresso in una struttura residenziale ed il relativo periodo di permanenza;
- b) il decesso;
- c) il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;
- d) le variazioni contrattuali relative alle assistenti familiari (licenziamento, variazione orario, sostituzione della persona, ecc.)

In fede

Luogo, \_\_\_\_\_ Data / /

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

Allega:

- certificato di invalidità per la concessione dell'indennità di accompagnamento rilasciato dalla Commissione Medica competente ai sensi della L. 18/1980;
- certificazione I.S.E.E. 2021 del nucleo familiare della persona non autosufficiente, come disciplinato dai D.Lgs. n. 109/98 e n. 130/2000 e dai D.P.C.M. n. 221/99 e n. 242/01, attestante il valore uguale o al di sotto di € 10.635,30 da produrre annualmente;
- stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di pubblicazione dell'Avviso;
- autocertificazione che attesti l'intenzione di avvalersi di familiari o uno o più assistenti familiari (Assegno di tipo B);
- dichiarazione relativa al rapporto contrattuale con familiari o uno o più assistenti familiari;
- documento di identità valido del dichiarante.

### *Informativa relativa al trattamento dei dati personali*

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR - Regolamento generale sulla protezione dei dati - e del codice della privacy italiano, come modificato dal d.lgs 101/2018, i dati personali forniti dai richiedenti saranno raccolti e trattati con o senza ausilio di mezzi elettronici, secondo quanto indicato nell'informativa dell'avviso stesso di cui il sottoscritto dichiara la presa visione ed accettazione.

Data \_\_\_\_\_

Il Dichiarante

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

REGISTRO DEI CONSENSI ANNO 2021- COMUNE DI IRSINA (MT)- CONTRIBUTO PER ASSEGNO DI CURA (D.C.G. N. 588 DEL 28.09.2009 – PROGRESSIVO N. \_\_\_\_\_

Consenso dell'interessato al trattamento, comunicazione diffusione dei dati personali

Io sottoscritto/a interessato/a, \_\_\_\_\_ con la firma apposta attesto il mio libero consenso, affinché il titolare, terzi autorizzati e responsabili procedano al trattamento dei dati personali e al Trattamento automatizzato senza profilazione, relativamente alla pratica CONTRIBUTO PER ASSEGNO DI CURA (D.C.G. N. 588 DEL 28.09.2009) di cui è titolare e per le agevolazioni previste dallo stesso.

Sono consapevole che i dati relativi a:

- stato di salute
- stato reddituale

saranno trattati dal Comune Capofila (IRSINA) in qualità di Comune Capofila e dei comuni costituenti l'Ambito 7 – Bradanica Medio Basento (Bernalda, Calciano, Ferrandina, Garaguso, Grassano, Grottole, Irsina, Miglionico, Montescaglioso, Oliveto Lucano, Pomarico, Salandra e Tricarico) e dal mio comune di Residenza, nonché da tutte le persone, enti ed aventi diritto come indicati nell'Informativa ricevuta e dalle previsioni normative ivi richiamate.

Che il consenso alla comunicazione dei dati è circoscritto all'ambito dei soggetti indicati nell'informativa generale resa nota sul sito del Comune di Irsina e dalla Regione Basilicata.

Dichiaro di consentire altresì il trattamento dei miei dati personali necessari al corretto espletamento di tutte le pratiche connesse alle finalità del trattamento dei dati. Sono stato reso edotto che i diritti a me spettanti, tra cui accesso e revoca sono ben declinati nella suddetta informativa.

Prendo altresì atto che l'eventuale esistenza di dati particolari fra quelli raccolti è indicato in modo chiaro e, conscio di ciò, estendo il mio consenso anche al trattamento ed alla comunicazione di tali dati vincolando il consenso, comunque al rispetto di ogni altra condizione imposta dalla legge, ivi incluso il diritto alla riservatezza e alla minimizzazione dei dati trattati e conservati.

Sono consapevole che in assenza del mio consenso, la pratica non potrà essere istruita, nè trattata poichè tali i dati sono essenziali per il riconoscimento del beneficio economico.

Confermo la mia volontà con la sottoscrizione del presente atto.

Cancellare la voce che non interessa

Autorizza/non autorizza la comunicazione dei propri dati personali.

Autorizza/non autorizza la diffusione dei propri dati personali.

Firma \_\_\_\_\_

**ASSEGNO DI CURA TIPO "C" – Allegato C**  
*(supporto alla persona non autosufficiente che intende avvalersi di un aiuto, a titolo oneroso, da familiari o da altri)*

**Domanda**

Al Sig. Sindaco del Comune di _____	prot. n° _____
_____	del _____
<small>(riservato all'Ufficio)</small>	

Il sottoscritto/a _____	codice fiscale _____
nato/a _____ (____)	il _____
residente a _____	CAP _____
indirizzo _____, n° _____,	telefono _____

**in qualità di titolare/supporto istituzionale/altro (spec.)**  
*(la parte sottostante è da compilare soltanto nel caso in cui il richiedente è persona diversa dal titolare)*

del Sig./Sig.ra _____	codice fiscale _____
nato/a _____ (____)	il _____
residente a _____	CAP _____
indirizzo _____, n° _____,	telefono _____

**fa domanda di Assegno di Cura tipo "C"**

A tal fine, il sottoscritto

**dichiara**

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del D.P.R. 445/2000

**1. Dati generali**

- a. che la persona interessata, per quanto nelle proprie capacità, e le altre persone componenti della sua famiglia sono informate e consenzienti circa la presentazione della presente domanda e le informazioni in essa contenute;
- b. che il beneficiario:
  - intende acquisire, a titolo oneroso, un aiuto da parte di familiari o di altri per sostenere il proprio progetto di vita indipendente; ovvero
  - sostiene gli oneri per l'assistenza alla propria persona da parte di familiari o di terzi;
- c. l'impegno a presentare ogni anno certificazione ISEE i cui redditi siano riferiti all'ultima dichiarazione dei redditi presentata;
- d. di essere a conoscenza che la mancata presentazione della certificazione ai fini ISEE, comporta l'esclusione dal beneficio;
- e. che la **persona di riferimento** è:

Signor/a _____	codice fiscale _____
nato/a _____ (____)	il _____
residente a _____	CAP _____
indirizzo _____, n° _____,	telefono _____

## 2. Dati relativi al familiare o all'assistente familiare

### A. Familiare o Assistente familiare assunto/a dalla famiglia

1. Il familiare/L'assistente familiare \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, iscritto/a all'INPS con matr. \_\_\_\_\_ il /\_ / \_\_, categoria o qualifica \_\_\_\_\_, è stato/a assunto/a da un familiare con regolare contratto di lavoro per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona con disabilità gravissima indicata in precedenza:  
- per n° \_\_\_\_\_ ore settimanali di assistenza per il periodo dal /\_/\_

### B. Familiare o Assistente familiare pagato/a per il tramite di enti terzi

1. Il familiare/L'assistente familiare \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, regolarmente assunto/a dalla Ditta (ragione sociale) \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_, avente sede legale a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) in Via \_\_\_\_\_, iscritta al Registro Regionale \_\_\_\_\_ (cooperative sociali, ecc.) ovvero nel Registro C.C.I.A.A. nella posizione n° \_\_\_\_\_, per il quale il familiare del beneficiario sostiene il costo, come da dichiarazione allegata, per lo svolgimento di funzioni assistenziali nei confronti della persona con disabilità gravissima indicata in precedenza:  
- per n° \_\_\_\_\_ ore settimanali di assistenza per il periodo dal /\_/\_

## 3. Modalità di riscossione

Il sottoscritto/a sollevando l'Ente da ogni responsabilità

**chiede che la liquidazione del contributo economico venga effettuata con la seguente modalità:**

- Assegno non trasferibile
- Accreditamento bancario, su istituto di credito \_\_\_\_\_  
IBAN \_\_\_\_\_

### Intestato a

Richiedente	Beneficiario	Persona di riferimento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 4. Comunicazione variazioni

Il sottoscritto si impegna a collaborare con il Servizio Sociale comunale comunicando tempestivamente, entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento e comunque ogni qual volta il Servizio Sociale lo richieda, le variazioni intervenute rispetto ai dati comunicati nella presente domanda.

In particolare si comunicheranno i seguenti eventi riguardanti la persona non autosufficiente:

- a) l'ingresso in una struttura residenziale ed il relativo periodo di permanenza;
- b) il decesso;
- c) il cambiamento di indirizzo di residenza o di domicilio;
- d) le variazioni contrattuali relative alle assistenti familiari (licenziamento, variazione orario, sostituzione della persona, ecc.)

In fede

Luogo, \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

Allega:

- certificato di invalidità per la concessione dell'indennità di accompagnamento rilasciato dalla Commissione Medica competente ai sensi della L. 18/1980;
- certificazione I.S.E.E. 2021 del nucleo familiare della persona non autosufficiente, come disciplinato dai D.Lgs. n. 109/98 e n. 130/2000 e dai D.P.C.M. n. 221/99 e n. 242/01, attestante il valore uguale o al di sotto di € 10.635,30 da produrre annualmente;
- stato di famiglia storico antecedente non meno di 6 mesi dalla data di pubblicazione dell'Avviso;
- autocertificazione che attesti l'intenzione di avvalersi di un aiuto, a titolo oneroso, da parte di un familiare o di altri (Assegno di tipo C);
- dichiarazione relativa al rapporto contrattuale con un familiare o uno o più assistenti familiari o un'altra persona;
- documento di identità valido del dichiarante.

### Informativa relativa al trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 GDPR - Regolamento generale sulla protezione dei dati - e del codice della privacy italiano, come modificato dal d.lgs 101/2018, i dati personali forniti dai richiedenti saranno raccolti e trattati con o senza ausilio di mezzi elettronici, secondo quanto indicato nell'informativa dell'avviso stesso di cui il sottoscritto dichiara la presa visione ed accettazione.

Data \_\_\_\_\_

Il Dichiarante  
\_\_\_\_\_



Consenso dell'interessato al trattamento, comunicazione diffusione dei dati personali

Io sottoscritto/a interessato/a, \_\_\_\_\_ con la firma apposta attesto il mio libero consenso, affinché il titolare, terzi autorizzati e responsabili procedano al trattamento dei dati personali e al Trattamento automatizzato senza profilazione, relativamente alla pratica CONTRIBUTO PER ASSEGNO DI CURA (D.C.G. N. 588 DEL 28.09.2009) di cui è titolare e per le agevolazioni previste dallo stesso.

Sono consapevole che i dati relativi a:

- stato di salute
- stato reddituale

saranno trattati dal Comune Capofila (IRSINA) in qualità di Comune Capofila e dei comuni costituenti l'Ambito 7 – Bradanica Medio Basento (Bernalda, Calciano, Ferrandina, Garaguso, Grassano, Grottole, Irsina, Miglionico, Montescaglioso, Oliveto Lucano, Pomarico, Salandra e Tricarico) e dal mio comune di Residenza, nonché da tutte le persone, enti ed aventi diritto come indicati nell'Informativa ricevuta e dalle previsioni normative ivi richiamate.

Che il consenso alla comunicazione dei dati è circoscritto all'ambito dei soggetti indicati nell'informativa generale resa nota sul sito del Comune di Irsina e dalla Regione Basilicata.

Dichiaro di consentire altresì il trattamento dei miei dati personali necessari al corretto espletamento di tutte le pratiche connesse alle finalità del trattamento dei dati. Sono stato reso edotto che i diritti a me spettanti, tra cui accesso e revoca sono ben declinati nella suddetta informativa.

Prendo altresì atto che l'eventuale esistenza di dati particolari fra quelli raccolti è indicato in modo chiaro e, conscio di ciò, estendo il mio consenso anche al trattamento ed alla comunicazione di tali dati vincolando il consenso, comunque al rispetto di ogni altra condizione imposta dalla legge, ivi incluso il diritto alla riservatezza e alla minimizzazione dei dati trattati e conservati.

Sono consapevole che in assenza del mio consenso, la pratica non potrà essere istruita, nè trattata poichè tali i dati sono essenziali per il riconoscimento del beneficio economico.

Confermo la mia volontà con la sottoscrizione del presente atto.

Cancellare la voce che non interessa

Autorizza/non autorizza la comunicazione dei propri dati personali.

Autorizza/non autorizza la diffusione dei propri dati personali.

\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_