

Al Distretto Socio Sanitario n. _____

E-mail _____

**RICHIESTA CONTRIBUTO MENSILE AI SENSI DELLA L.R.23 DEL 04/07/1994.
(Dialisi peritoneale)**

Il / La sottoscritto/a

Nato/a il.....a.....residente in

Prov.....Via n.....

Codice Fiscale Tel.....

CHIEDE

Di poter ottenere il contributo mensile ai sensi della L.R.23 del 04/07/1994 come da certificazione allegata.

Il/La sottoscritta sottolinea che è stata trattata con Dialisi Peritoneale CAPD/APD dal.....
al.....

ALLEGARE COPIA:

- 1) Documentazione
- 2) Tessera sanitaria
- 3) Carta di identità

MODALITA' DI PAGAMENTO:

ACCREDITO C/C/ IBAN.....

Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del GDPR 679/2016 (Regolamento Europeo per la protezione dei dati personali).

I dati forniti saranno trattati dall'amministrazione, anche in forma digitale, nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto delle vigenti norme di legge. All'utente competono i diritti previsti dagli artt. 13-14 del GDPR 679/2016, in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendo ai presupposti previsti dalla normativa in materia, la cancellazione ed il blocco degli stessi.

Preso atto dell'Informativa di cui sopra, il sottoscritto esprime il consenso al trattamento dei dati personali secondo le modalità indicate.

Data _____

Firma _____