

RICHIESTA DI CONTRIBUTO ECONOMICO - DGR 493/2001

Spett.le USL Toscana Centro Commissione DGRT 493/2001 e s.m.i
 Uff. Protocollo – Piazza Brunelleschi, 1
 50122 Firenze

Spazio x Protocollo

Il/La sottoscritto/a _____ CF* _____
 Nato/a _____ Prov. _____ il _____
 Residente a _____ Prov. _____
 Indirizzo del domicilio* _____ n° _____
 Telefono * _____ Cellulare ** _____
 Indirizzo E-mail: ** _____

CHIEDE: per sé per conto di:

Sig/ra _____ CF* _____
 Nato/a _____ Prov. _____ il _____
 Residente a _____ Prov. _____
 Indirizzo del domicilio* _____ n° _____
 Telefono * _____ Cellulare _____
 Indirizzo E-mail: _____

In qualità di: Genitore Tutore Curatore

L'EROGAZIONE dei benefici economici previsti dalla Delibera di G.R.T. n° 493 del 17 maggio 2001 e s.m.i.

PRIMA RICHIESTA RINNOVO VARIAZIONE/ INTEGRAZIONE

Si allega la **SCHEDA DI SEGNALAZIONE DEL MEDICO CURANTE** (Allegato 2)

Per le informazioni relative al trattamento dei dati personali effettuato dall'Azienda, USL Toscana Centro a seguito della ricezione del presente modello, si rappresenta che l'Azienda, in qualità di titolare del trattamento (con sede in p.zza S.M. Nuova,1 Firenze PEC: direzione.uslcentro@postacert.toscana.it) tratterà i dati personali conferiti con il presente modulo, con modalità prevalentemente informatiche e telematiche, per le finalità previste dal Regolamento (UE) 2016/679 e dal Codice in materia di protezione dei dati personali (d.lgs 30 giugno 2003, n. 196 e s.m.i.), in particolare per l'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri, ivi incluse le finalità di trattazione delle istanze pervenute, nonché di archiviazione, di ricerca storica e di analisi per scopi statistici. **Il conferimento dei dati è obbligatorio** e la loro mancata indicazione non consente di effettuare il procedimento attivato con il presente modello. I dati acquisiti nell'ambito della procedura saranno **conservati** in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa. **I dati saranno trattati** esclusivamente dal personale e da collaboratori dell'Azienda (designati **referenti e incaricati**) o da soggetti espressamente nominati come **responsabili del trattamento**. Al di fuori di queste ipotesi, i dati non saranno diffusi, né saranno comunicati a terzi, fatti salvi i casi in cui si renda necessario comunicarli ad altri soggetti coinvolti nell'attività istruttoria e nei casi specificamente previsti dal diritto nazionale o dall'Unione europea.

Dichiara di non aver richiesto contributi/rimborsi per la stessa prestazione ad altri enti pubblici o privati

Chiede che la risposta sia inoltrata: per posta ordinaria per e-mail

Data _____

* Firma del richiedente

Consegnare la richiesta, la scheda di segnalazione del medico curante e la documentazione a corredo al Distretto di appartenenza o presso il protocollo aziendale o inviare per posta A/R all'indirizzo riportato sull'informativa o per e-mail con conferma di lettura alla segreteria della Commissione Aziendale 493/2001

Data presentazione domanda _____

Firma di chi consegna _____

Timbro e firma addetto allo sportello
 amministrativo territoriale

*Campo Obbligatorio ** Raccomandato