



Giunta Regionale della Campania

AMBITO TERRITORIALE C06



Comune di Aversa Capofila

5005 Direzione Generale per le Politiche Sociali e Socio-Sanitarie

Aversa, Carinaro, Casaluce, Cosa, Gricignano di Aversa, Orta di Atella, Sant'Arpino, Succivo, Teverola

*Allegato B. Consenso attività*

**CONSENSO FORMALE DELL'ASSISTITO**

**Il/ la sottoscritto/a**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

residente nel Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ della Regione Campania,

in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

tel/cell \_\_\_\_\_

domiciliato presso \_\_\_\_\_

in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ tel/cell \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

in qualità di:

- ASSISTITO
- AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO
- CURATORE
- TUTORE

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR 445/2000 per le false attestazioni e dichiarazioni mendaci della perdita dei benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi dell'art. 75 del citato DPR

**INDIVIDUA nella persona:**

di \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

residente nel Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ dell'ATS C06,

in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ tel/cell \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_





Giunta Regionale della Campania

AMBITO TERRITORIALE C06



Comune di Aversa Capofila

5005 Direzione Generale per le Politiche Sociali e Socio-Sanitarie

Aversa, Carinaro, Casaluce, Cosa, Gricignano di Aversa, Orta di Atella, Sant'Arpino, Succivo, Teverola

la figura di CARGIVER familiare per lo svolgimento delle attività di cura di cui necessita nella vita quotidiana e di relazione, per il suo benessere psico-fisico ed esprime formale consenso alla comunicazione dei propri dati nell'ambito del procedimento volto ad ottenere il voucher 3.2;

□ AUTORIZZA ai sensi dell'art. 71 comma 4 del DPR 445/2000 e s.m.i. l'ufficio/il privato destinatario della presente ad effettuare i dovuti controlli di veridicità presso gli enti competenti in relazione alle dichiarazioni effettuate, trasmettendo, anche telematicamente, copia della presente unitamente ad una richiesta formale di verifica della rispondenza al vero di quanto dichiarato;

□ DICHIARA infine di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 Regolamento (UE) 2016/679 (Codice in materia di protezione dei dati personali), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

....., li .....

IL/LA DICHIARANTE

.....

(firma per esteso e leggibile)

*La presente dichiarazione non necessita dell'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione nonché ai gestori di pubblici servizi e ai privati. Può essere firmata in presenza del funzionario o inviata, dopo la sottoscrizione, per posta, fax, o telematicamente (occorre la firma digitale), allegando fotocopia non autenticata del proprio documento di riconoscimento.*

I dati sopra richiesti verranno trattati dal Comune di residenza e dall'ATS C06 in qualità di titolare del trattamento. Il richiedente di cui al citato avviso ha il diritto di conoscere i propri dati utilizzati dal Titolare. Nel caso in cui i dati non fossero del tutto corretti, l'interessato ha il diritto di aggiornamento, di rettifica, di integrazione dei propri dati; l'interessato ha inoltre diritto di opporsi al trattamento nonché, in caso di violazione di legge, alla cancellazione, alla anonimizzazione e al blocco dei dati trattati.

....., li .....

IL/LA DICHIARANTE

.....

(firma per esteso e leggibile)



Presidenza del Consiglio dei Ministri  
Dipartimento per le Pari Opportunità  
Fondo per il sostegno del ruolo di cura  
e di assistenza del caregiver familiare

