

Oggetto: Rimborso spese di viaggio. L.R. n. 16/86.

Il/La sottoscritt _____ nato a _____
il _____ residente in Calatabiano, in via _____ madre
di _____ nato a _____
il _____ TEL. _____ (obbligatorio).

CHIEDE

il rimborso spese di viaggio per terapie riabilitative della figlia/o
_____ presso _____, con automezzo
proprio.

Allega alla presente il certificato di presenze e n. autorizzazioni dell'ASP.

INFORMATIVA EX D.LGS. N. 196/03 (PRIVACY) PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI.

La informiamo che i dati personali da Lei forniti verranno trattati esclusivamente per lo svolgimento di funzioni istituzionali nei limiti stabiliti dalla legge e dai regolamenti. La comunicazione e la diffusione ad Enti pubblici non economici è ammessa solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessaria per lo svolgimento di funzioni istituzionali.

Il trattamento dei Suoi dati personali verrà effettuato con strumenti manuali, telematici o informatici in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza. In ogni caso la protezione sarà assicurata anche in caso di attivazione di strumenti tecnologicamente più avanzati di quelli attualmente in uso.

Il conferimento dei dati in via diretta mediante dichiarazione sostitutiva o indiretta mediante indicazione della Amministrazione presso la quale possono essere acquisiti è da ritenersi obbligatoria. Il rifiuto di rispondere comporterà automaticamente l'impossibilità di dare corso all'istanza da Lei avanzata.

Le rammento, infine, che Lei potrà esercitare i diritti riconosciuti dall'art.3 della Legge 196/03.

Calatabiano, li _____

FIRMA
