

PARTECIPAZIONE ASSEMBLEA COMITATO CONSULTIVO
(ai sensi dell'art.9 Regolamento di costituzione Comitato Consultivo)

Il seguente modulo è in forma editabile altrimenti si prega di scrivere in stampatello

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

Residente in _____ Via _____

Recapito Telefonico _____ Mail _____

UTENTE in carico al Centro Regionale S. Alessio -Margherita di Savoia per i Ciechi ora Azienda di Servizi alla persona disabile visiva S. Alessio-Margherita di Savoia negli ultimi 5 anni (dal 01.01.2016 ad oggi)

GENITORE DELL'UTENTE _____
nato a _____ il _____ in carico al Centro Regionale S. Alessio-Margherita di Savoia per i Ciechi ora Azienda di Servizi alla persona disabile visiva S. Alessio-Margherita di Savoia negli ultimi 5 anni (dal 01.01.2016 ad oggi)

CHIEDE

Di poter partecipare all'assemblea indetta da codesta ASP in data **15 LUGLIO 2021** nella seguente forma:

- TELEMATICA ATTRAVERSO LA PIATTAFORMA ZOOM,
 PRESSO LA SEDE TERRITORIALE DI _____

Data _____

Firma _____

Nota informativa sul trattamento dei dati personali:

L'ASP adotta tutte le misure finalizzate al trattamento dei dati personali secondo i principi dettati dal D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (Codice della Privacy), così come modificato dal D. Lgs. 10 agosto 2018, n. 101, in adeguamento al Regolamento UE 2016/679 - GDPR (General Data Protection Regulation).