



Amministrazione destinataria

Comune di Dervio

Ufficio destinatario

Assistente Sociale

## Domanda di acquisizione del consenso informato per la realizzazione del percorso di presa in carico

### Il sottoscritto

|                    |                |                             |                  |        |                               |       |       |                              |     |
|--------------------|----------------|-----------------------------|------------------|--------|-------------------------------|-------|-------|------------------------------|-----|
| Cognome            |                | Nome                        |                  |        | Codice Fiscale                |       |       |                              |     |
| Data di nascita    |                | Sesso                       | Luogo di nascita |        | Cittadinanza                  |       |       |                              |     |
| Residenza          |                | Indirizzo                   |                  | Civico | Barrato                       | Scala | Piano | SNC <input type="checkbox"/> | CAP |
| Provincia          | Comune         |                             |                  |        |                               |       |       |                              |     |
| Telefono cellulare | Telefono fisso | Posta elettronica ordinaria |                  |        | Posta elettronica certificata |       |       |                              |     |

### domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

### DICHIARA

di autorizzare e prestare il proprio consenso agli operatori del servizio sociale per contattare ed acquisire informazioni al fine di poter strutturare, realizzare e monitorare un progetto di aiuto e supporto condiviso, in particolare a

- pediatra o Medico di medicina generale
- ASST di competenza
- servizi specialistici (Ex: NPI, CPS, ATS, SER.T., SMI)
- strutture residenziali e semiresidenziali (Ex: Comunità terapeutiche, educative, riabilitative, RSA, CDI, CSE, SFA)
- operatori di mediazione culturale
- istituti scolastici di ogni ordine e grado
- agenzie educative e ricreative (es: oratori, CAG, Spazio Compiti, Associazione sportive)
- patronati
- enti o fondazioni erogatrici di servizi o contributi
- operatori del servizio sociale di appartenenza o di provenienza
- consulenti privati (es: avvocati, psicologi)
- familiari
- altro (specificare)

## DICHIARA INOLTRE

che la raccolta delle informazioni con i soggetti indicati avverrà tramite l'utilizzo di strumenti professionali quali colloqui, visite domiciliari concordate anticipatamente, équipe, relazioni scritte, contatti telefonici. Le informazioni raccolte sono sottoposte a segreto professionale ai sensi della Legge 119 del 3/4/2001.

### Eventuali annotazioni

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

copia del documento di identità  
*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)*

altri allegati

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

dichiara di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet istituzionale dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione della pratica.

Dervio

Luogo

Data

Il dichiarante