ASSOCIAZIONE NAZIONALE CARABINIERI

MODULO DI MANLEVA PER LA RICHIESTA DI SUSSIDIO

SEZIONE DI : ______________________________

AFFINCHE' L'ASSOCIAZIONE NAZIONALE CARABINIERI POSSA TRATTARE I SUOI/VOSTRI DATI E' NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Consenso al trattamento dei dati personali relativi alla salute per finalità assistenziali (Art.9, par. 2 lett. C- Regolamento (UE) n.679/2016 – Regolamento Generale sulla protezione dei dati)

Preso atto di quanto indicato nell'informativa sul trattamento dei dati personali, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento delle categorie particolari di dati personali (in particolare, sulla salute o situazioni di disagio economico) per finalità di sussidi apponendo la firma nello spazio sottostante. Le ricordiamo che in mancanza di questo consenso l'Associazione nazionale Carabinieri non potrà dare esecuzione alla richiesta di sussidio, che comporta necessariamente il trattamento di categorie particolari di dati personali, relativi alla salute o situazioni di disagi economici.

Luogo e data______________________ Nome e Cognome______________________

C.F.|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Firma dell'interessato ______________________

ISCRITTO: Cognome				**Nome**	
Nato/a	**il**			**C.F.|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|**	
Residente in via		**N.**	**CAP**	**Località/Comune**	**Prov.|_|_|**
Domicilio (se diverso da residenza)			**CAP**	**Località/Comune**	**Prov.|_|_|**
N.Tessera	**Tel cell.**			**E-mail**	
Sezione di appartenenza:					

Per velocizzare l'iter per la richiesta di sussidio si invia;

- Documentazione sanitaria; (es: ricevute, cartelle sanitarie, ecc.)........ ☐
- Situazione familiare riferite alle persone conviventi (es: figli maggiori, minori, se lavorano, eventuale loro situazione sanitaria compromessa)........ ☐
- Situazione economica con particolare riferimento a stipendio, casa di proprietà, modello ISEE, ecc........ ☐
- Motivazione della richiesta:
  ° Sanitaria........ ☐
  ° Assistenziale........ ☐

Ai fini dell'accredito indicare l'IBAN della sezione di appartenenza

c/c intestato a:______________________**Banca/Posta**______________________

Codice IBAN: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Compilare ed inviare il presente modulo scegliendo una delle modalità sottoindicate a:

Posta ordinaria: Associazione nazionale Carabinieri Via C.A. Dalla Chiesa 1/a – 00192 Roma

Casella di posta elettronica: anc@assocarabinieri.it **Posta Certificata:** assocarabinieri@postecert.it

Firma Presidente sezione

Data ______________________ ______________________