

☐ RSA aperta
☐ UCP dom

MODULO COLLOQUIO INFORMATIVO

Dati della persona presente al colloquio:

Nome e cognome _____

Residente a _____

Numero di telefono _____

Dati della persona per cui si chiedono informazioni:

Nome e cognome _____

Età: _____

Residente a _____

Numero di telefono _____

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver consegnato ai referenti del Servizio, in copia, la seguente **documentazione sanitaria** che si elenca di seguito e che verrà trattata per le finalità di vaglio da parte del servizio di riferimento:

- _____
- _____
- _____

Informazioni sullo stato di salute

Ai sensi della normativa vigente in materia, io sottoscritto _____, codice fiscale _____ autorizzo ASSC a fornire informazioni relative al mio stato di salute, alle seguenti persone:

Nome e cognome	Numero di telefono

Casalpusterlengo, li _____

Firma _____

I dati personali forniti verranno trattati come da informativa privacy allegata.

