LA MIA ISOLA CHE NON C'È ODV

Sede Legale: via Dante Alighieri 70/A San Costanzo (pu) – Codice Fiscale: 90057840416 - Numero Rep. RUNTS 176135

MODULO DI PRESA IN CARICO E DELEGA DI RAPPRESENTANZA

Il/La sottoscritto/a
_____

Nato/a a _____ il _____ / _____ / _____

Residente a _____ in Via
_____ n. _____

Codice Fiscale
_____

Telefono _____ E-mail
_____

In qualità di:

[ ] Diretto/a interessato/a

[ ] Genitore / Esercente la responsabilità genitoriale / Tutore / Amministratore di Sostegno di:

Nome e Cognome del beneficiario:
_____

Nato/a a _____ il _____ / _____ / _____

Codice Fiscale
_____

---

1. SERVIZIO OFFERTO DALL'ASSOCIAZIONE

L'Associazione *La mia isola che non c'è ODV* prende in carico la richiesta del cittadino offrendo, tramite i propri volontari, il seguente servizio gratuito di supporto e tutela:

- **Ascolto e orientamento** sui diritti delle persone con disabilità e delle loro famiglie.

- **Segretariato sociale e assistenza amministrativa** nella gestione dei rapporti e delle pratiche con la Pubblica Amministrazione.
- **Intermediazione e affiancamento** nei confronti dei Servizi Sociali comunali e delle Usl territoriali per il riconoscimento delle prestazioni dovute.

2. DESCRIZIONE DELLA SITUAZIONE DI DISSERVIZIO / NECESSITÀ SPECIFICA (*)

() Questa sezione viene compilata a cura del Presidente o del membro incaricato dell'Associazione a seguito del colloquio di ascolto.* [^la-mia-isola-modifica]

3. DELEGA FORMALE PER L'INTERLOCUZIONE CON GLI ENTI

Il/La sottoscritto/a **DELEGA** espressamente i rappresentanti legali e i volontari autorizzati di *La mia isola che non c'è ODV* a:

- Interloquire, richiedere informazioni e presentare istanze per proprio conto presso i **Servizi Sociali del Comune** e le **Usl/Asl territoriali** competenti.
- Prendere visione e richiedere copia di documenti amministrativi e cartelle sociali/sanitarie riguardanti la situazione sopra descritta, al fine esclusivo di tutelare i diritti assistenziali e sanitari legati alla presente presa in carico.

Luogo e Data: _____

Firma del Richiedente: _____

INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (GDPR 2016/679)

I dati personali e sanitari raccolti in questo modulo verranno trattati da La mia isola che non c'è ODV (Titolare del Trattamento) esclusivamente per le finalità istituzionali di gestione della pratica e per l'interlocuzione con gli enti pubblici indicati. I dati non saranno diffusi a terzi senza esplicito consenso, se non per gli obblighi di legge.

Il/La sottoscritto/a ACCONSENTE al trattamento dei propri dati personali e di quelli del minore/tutelato, compresi i dati relativi allo stato di salute, necessari all'espletamento del servizio sopra descritto.

Firma per il Consenso Privacy (A penna):
_____

SPAZIO RISERVATO ALL'ASSOCIAZIONE

- Pratica numero: _____ / Anno: _____
- Data inizio presa in carico: _____ / _____ / _____
- Volontario referente assegnato:
  _____

Firma del Presidente / Legale Rappresentante dell'OdV: