

Ufficio di Cittadinanza

Autorizzazione Privacy

Data colloquio
Assistente Sociale

Interlocutore

Cognome e Nome
Residenza
Telefono
Cellulare
Tipo Relazione
Inviato da

Persona segnalata

Cognome e Nome
Luogo e data di nascita
Sesso
Residenza
Telefono/Cellulare
Medico di base

/

Persona di riferimento

Relazione
Cognome e Nome

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

La informiamo che si procederà al trattamento dei dati da lei forniti nel rispetto della normativa in materia

Luogo _____, data ____/____/____

Letto, confermato e sottoscritto
