

## SCHEDA HANDICAP & MALATTIE CRONICHE

MATR. \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ ETA' \_\_\_\_\_

INDIRIZZO (Completo) \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

### (PERSONA CHE PRESENTA PROBLEMI)

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ ETA' \_\_\_\_\_

+ RAPPORTO DI PARENTELA \_\_\_\_\_

+ TIPO DI PROBLEMA **(Allegare Documentazione Legale)** \_\_\_\_\_

+ SPESE A CARICO CHE NE DERIVANO **(Allegare fotocopie documenti)** \_\_\_\_\_

+ IMPORTO ANNUO DI SPESA Lit. \_\_\_\_\_

+ HA ASSEGNO DI ACCOMPAGNAMENTO **SI**  **NO**  Se si €. \_\_\_\_\_ (Annue)

+ HA CONTRIBUTI SPESA **SI**  **NO**  Se si €. \_\_\_\_\_ (Annue)

+ SI TROVA c/o ISTITUTI CI CURA ? **SI**  **NO**

se si DOVE ? \_\_\_\_\_

+ DISAGI CHE NE DERIVANO \_\_\_\_\_

+ STIPENDIO ANNUO NETTO o PENSIONE PROPRIA ANNUA NETTA €. \_\_\_\_\_

**(INPS + INTEGRAZIONE BANCA )**

+ REDDITO COMPLESSIVO DEL NUCLEO FAMILIARE ANNUO NETTO €. \_\_\_\_\_

PROPRIETA' IMMOBILIARI	VANI N°	LOCALITA'	USO PROPRIO	SI	NO
1.					
2.					
3.					

+ COMPOSIZIONE NUCLEO FAMILIARE :

RAPPORTO DI PARENTELA	NOME E COGNOME	ETA'	PROFESSIONE

**DATA,**

**FIRMA** \_\_\_\_\_

### Consenso al Trattamento dei Dati Personali Comuni e Sensibili

Preso atto dell'informativa che mi è stata consegnata ai sensi della normativa nazionale ed europea applicabile in materia di protezione dei dati personali, con particolare riferimento al GDPR - Regolamento (UE) n. 2016/679, acconsento al trattamento dei miei dati personali di cui all'art. 9 del GDPR nonché alla loro comunicazione ed al relativo trattamento con le finalità e nei limiti illustrati nell'informativa predetta.

**DATA,**

**FIRMA (Socio)** \_\_\_\_\_ **FIRMA (Parente)** \_\_\_\_\_