

RICHIESTA D'INTERVENTO

Spett.le
S.A.M.O.T. ONLUS
Via Libertà, 191
Palermo

Io sottoscritto _____

chiedo per il mio congiunto _____

di anni _____ affetto da _____

L'intervento medico-infermieristico e psico-sociale della S.A.M.O.T.

Sono a conoscenza dei diritti e dei limiti di cui alla Legge 676/96 concernente la "tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali". Esprimo pertanto il mio consenso ed autorizzo la S.A.M.O.T. ONLUS al trattamento dei miei dati personali per fini di elaborazione statistica e di archiviazione.

Data

Firma
