



## **COMUNE DI CAPO D'ORLANDO**

**( PROVINCIA DI MESSINA )**

**AREA SOCIO ASSISTENZIALE**

### **AVVISO**

Si rende noto che sono aperte le iscrizioni per la frequenza del CENTRO ANZIANI - ludoteca di Via Torrente Forno, n. 96 , relativamente a tutte le attività: laboratori , serate ricreative, etc.

I requisiti di iscrizione sono i seguenti: residenza nel Comune di Capo d'Orlando, età: 55 se donne, 60 se uomini, da 18 anni se persone diversabili.

Chi interessato può presentare all'Ufficio protocollo richiesta di iscrizione redatta in carta libera, secondo il modello predisposto dal Comune.

Referente responsabile Triscari S. Sebastiana - telefono 0941 915340.

email : [triscari@comune.capodorlando.me.it](mailto:triscari@comune.capodorlando.me.it)

Capo d'Orlando, 05/02/2015

Il Responsabile Area  
F.to D.ssa Concettina Ventimiglia

Il Sindaco  
F.to Enzo Sindoni

COMUNE DI CAPO D'ORLANDO  
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

OGGETTO : RICHIESTA DI AMMISSIONE AL CENTRO ANZIANI

Io \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ cellulare n. \_\_\_\_\_

Chiedo l'ammissione al Centro anziani

per me stesso

per il / la Signor/ a \_\_\_\_\_  
Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ cellulare n. \_\_\_\_\_  
grado parentela: \_\_\_\_\_

Allego alla presente la seguente documentazione:

1) documento di riconoscimento;

Dichiaro inoltre che qualsiasi comunicazione relativa all'oggetto potrà essere inviata, oltre che all'indirizzo di residenza, anche ai seguenti recapiti :

fax n. \_\_\_\_\_  indirizzo mail \_\_\_\_\_  
 recapito diverso da quello di residenza \_\_\_\_\_

Capo d'Orlando, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Informativa ex art. 13 D.Lgs. 196/2003**

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n. 196/2003, relativo alla tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali, il trattamento dei dati che ci sta affidando sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della sua riservatezza e dei suoi diritti.

La informiamo, pertanto, che:

1. I dati da lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità: Iscrizione Centro Anziani
2. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: *manuale e informatizzato*.
3. Il conferimento dei dati è obbligatorio e l'eventuale rifiuto di fornire gli stessi e il consenso al loro trattamento comporta l'impossibilità alla partecipazione alla procedura.
4. I dati saranno oggetto di diffusione esclusivamente nell'ambito del procedimento attivato.
5. Il titolare del trattamento è il Comune di Capo d'Orlando (Me).
6. Il responsabile del trattamento è il responsabile area D.ssa Concettina Ventimiglia.
7. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 7 del D.lgs.196/2003.

Dopo aver preso conoscenza della su estesa informativa , il/la sottoscritto/a .....  
presta il suo consenso al trattamento dei dati personali per i fini indicati nella suddetta informativa.

Luogo ..... data .....

Firma .....

