

MODULO DI RICHIESTA DI INTERVENTO/SEGNALAZIONE

ALL'UFFICIO DEL GARANTE DELLA PERSONA CON DISABILITA'
VIA SAPPUSI N° 6
91025 MARSALA (TP)

Il/La sig./a (nome e cognome) _____
nato/a a _____ il ____/____/_____
residente nel comune di _____ alla Via/Piazza
_____ n° _____

TEL. _____ Cell. _____ mail: _____

pec: _____

nella qualità di

legale rappresentante (specificare: tutore; curatore; amministratore di sostegno) della
persona con disabilità interessata (nome e cognome)

_____ nato/a a _____ il ____/____/_____
residente nel comune di _____ alla Via/Piazza
_____ n° _____

RAPPRESENTA QUANTO SEGUE:

Per quanto sopra premesso

CHIEDE

a codesto Ufficio di valutare la presente segnalazione e di intervenire in merito ai sensi del Regolamento del Garante della persona Disabile, approvato dal Consiglio Comunale di Marsala.

Allega:

- copia documento di riconoscimento del richiedente, in corso di validità ai sensi delle vigenti normative;

Luogo e data: _____, ____/____/_____

Firma

CONSENSO INFORMATO

Il/la sottoscritto/a _____

in qualità di (specificare) _____

autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs n.196/03 unicamente per i fini legati all'istruttoria della presente segnalazione.

Luogo e data della richiesta _____

Firma _____