

DISABILITA' (INTERDETTI / INABILITATI / BENEFICIARI DI ADS)
--

Il sottoscritto/a

fa domanda affinché

l'interdetto/inabilitato/beneficiario

di amministrazione di sostegno

cod. ISS

residente in

Ricoverato c/o la struttura

assistenziale

venga ammesso/a alla "Casa per Ferie San Marino" di Pinarella di Cervia per la stagione **2025** al
TURNO _____

Dichiaro che:

Il sottoscritto/a

cod. ISS

residente e/o con studio professionale in

tel.

email.

In qualità di:

- **Tutore/Curatore/Amministratore di Sostegno** (indicare gli estremi del provvedimento di nomina a
(_____))

Del soggetto interdetto/inabilitato/beneficiario dell'Ads _____

nato a _____ il _____

Residente a _____ in via _____ n. _____

Acquisite le informazioni di cui all'art. 13 della Legge 171/2018 della Repubblica di San Marino e dell'art 13 del Regolamento UE 679/2016, consapevole che il trattamento riguarderà categorie di dati personali, come citati nelle normative sopra menzionate nonché dati relativi alla salute, dati genetici o biometrici, pertanto:

○ **ACCONSENTO**

○ **NON ACCONSENTO**

- a) al trattamento delle categorie di dati personali dell'interessato (interdetto/inabilitato/beneficiario Ads) in generale, per le finalità legate alla Sua permanenza presso la Casa per Ferie;

○ **ACCONSENTO**

○ **NON ACCONSENTO**

- b) al trattamento delle categorie di dati personali dell'interessato (interdetto/inabilitato/beneficiario di Ads), nello specifico, per le finalità istituzionali di tutela della salute e della relativa gestione amministrativa – contabile e fiscale della struttura Casa per Ferie;

○ **ACCONSENTO**

○ **NON ACCONSENTO**

- c) all'effettuazione di riprese e/o fotografie che ritraggono l'interessato (interdetto/inabilitato/beneficiario di Ads) durante feste o momenti di animazione, che potranno essere pubblicati sul sito ufficiale della struttura o sui canali social della struttura;

La quota totale di iscrizione è di: € _____

NB: Copia della cedola di pagamento va consegnata all'arrivo presso la Casa per Ferie San Marino al Coordinatore Generale.

FIRMA

Il sottoscritto _____ dichiara di aver preso visione della documentazione e del regolamento interno della struttura

FIRMA

REVOCA DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a _____

REVOCA IL CONSENSO

A suo tempo prestatato per il trattamento dei dati personali di cui sopra.

Data _____

Firma _____