



PRENDIAMOCI
CU
RA 



**Modulo di Richiesta di Adesione al Progetto "Prendiamoci Cura"
per l'erogazione di prestazioni sanitarie gratuite**

Informazioni sul Beneficiario

1. **Nome e Cognome:**

2. **Data di Nascita:**

3. **Indirizzo di Residenza:**

4. **Numero di Telefono:**

5. **Email (se disponibile):**

6. **Motivazione della Richiesta
(breve descrizione della situazione di vulnerabilità):**



Informazioni sul Referente

7. **Nome e Cognome del Referente:**

8. **Ente di Appartenenza:**

9. **Numero di Telefono del Referente:**

10. **Email del Referente:**

Consenso al Trattamento dei Dati Personali

Con la presente, dichiaro di essere stato informato riguardo al trattamento dei miei dati personali ai sensi del D.lgs. 196/2003 e del Reg EU 2016/79). Acconsento al trattamento dei dati per le finalità del progetto "Prendiamoci Cura".

Luogo _____ data _____ Firma _____

Si allega copia documento di identità in corso di validità del richiedente.

Si prega di compilare il modulo in tutte le sue parti e inviarlo all'indirizzo email dedicato: prendiamocicura2024@gmail.com - *Grazie per la vostra collaborazione!*

con il sostegno di



FONDAZIONE PERUGIA

SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO



Mutua Sanitaria Integrativa

