



**Dati Anagrafica del Dichiarante:**


**Residenza Anagrafica:**


**Domicilio Fiscale:**


**Recapiti:**


**Servizio Richiesto:**

Icric – Invalidità Civile Ricoveri 

Depositare la propria firma per la digitalizzazione:  
(la firma apposta sulla riga, leggibile e con penna blu, senza uscire dal margine)

---

## INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO (D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196)

Avendo ricevuto, a norma di quanto previsto dall'art.13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n.196 (d'ora in avanti "Legge"), l'informativa sul trattamento dei propri dati personali, ed in particolare essendo stato informato che: **(Tipologia dei dati personali e finalità del trattamento)** MyCAF effettuerà il trattamento dei dati personali forniti dal sottoscritto, nel rispetto della normativa sopra richiamata e tale trattamento avrà ad oggetto i dati, eventualmente anche di natura sensibile, necessari all'espletamento del presente mandato di assistenza; **(Ambito di comunicazione dei dati personali)** i dati personali potranno essere comunicati agli Enti o Organismi pubblici o privati, nazionali o esteri, a persone fisiche o giuridiche competenti, anche in modo strumentale, per il corretto adempimento di tutto o parte dell'incarico conferito. I dati personali - con esclusione di quelli sensibili - potranno anche essere comunicati ad altri soggetti o organismi appartenenti o aderenti a MyCAF per finalità proprie dell'Associazione/Organizzazione stessa o degli organismi ad essa appartenenti o aderenti, avendo come fine il miglioramento complessivo e la promozione dei servizi offerti ai lavoratori e cittadini;

**(Modalità del trattamento)** il trattamento sarà effettuato manualmente e/o in forma automatizzata, rispettando le prescrizioni dettate dagli artt. 31 e seguenti della Legge, in modo da ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, di accesso non autorizzato o di trattamento non conforme alle finalità della raccolta; **(Necessità del conferimento dei dati)** il conferimento dei dati personali è essenziale per l'adempimento del mandato conferito. L'eventuale rifiuto di comunicare tali informazioni, nonché la mancata sottoscrizione del modulo per il rilascio del consenso di cui al punto 1 comporteranno l'impossibilità di svolgere l'attività di assistenza richiesta;

**(Diritti riconosciuti all'interessato)** in relazione al trattamento dei dati personali, il sottoscritto può esercitare, anche a mezzo delega o procura a persona fisica o associazione, i diritti riconosciutigli dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003;

**(Titolare e Responsabile del trattamento)** titolare del trattamento dei dati è MyCAF in persona del legale rappresentante pro-tempore, domiciliato per la carica in Santa Maria Capua Vetere, traversa Michelangelo, 2/4 - 81055 e responsabile del trattamento dei dati ai fini dell'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del Codice reperibile ai seguenti recapiti: email: mycafonline@gmail.com.

### Punto 1

fornisce il consenso al trattamento dei propri dati personali, ivi espressamente compresi i dati sensibili, con le modalità sopra indicate per il conseguimento delle finalità del presente mandato, nonché per l'adempimento degli obblighi ad esso connessi, previsti dalla normativa in materia, autorizzando anche il Patronato Enapa ad accedere, ai sensi dell'art.116 della Legge, alle banche di dati degli enti eroganti le prestazioni, per l'acquisizione dei dati necessari all'assolvimento dell'incarico.

Firma Richiedente \_\_\_\_\_

### Punto 2 (Facoltativo)

consente, altresì, a MyCAF di utilizzare i predetti dati - con esclusione di quelli sensibili - per le ulteriori attività statutarie del medesimo, nonché per attività di informazione e promozione dei propri servizi non oggetto del presente mandato e di comunicare i dati personali ad altri soggetti o organismi appartenenti o aderenti a MyCAF perché li utilizzi per finalità proprie e per la promozione dei servizi dell'Associazione o degli organismi ad essa aderenti, nonché a tutti gli altri soggetti con i quali MyCAF ha stipulato convenzioni e/o accordi per lo svolgimento dell'attività istituzionale.

Firma Richiedente \_\_\_\_\_

**Verificare i documenti, spuntare quelli in possesso (questi documenti sono obbligatori):**

- codice fiscale e documenti di identità del dichiarante*
- Modello ISEE in corso di validità*
- Lettera INPS con matricola*
- Eventuali ricoveri presso strutture, anno precedente ed anno in corso*

***Salva ed allega insieme ai documenti spuntati.***

Lì \_\_\_\_\_