

ALLEGA

A) copia di un documento di identità in corso di validità;

B) la seguente documentazione comprovante l'utilizzo di presidi medico-sanitari:

1. _____
2. _____
3. _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi degli art. 13-14 del Regolamento Europeo 2016/679 di seguito "GDPR" il Comune di Rubiera in qualità di Titolare del trattamento è in possesso dei suoi dati personali, identificativi per adempiere alle normali operazioni derivanti da obbligo di legge e/o istituzionali e/o da regolamenti previsti e/o contrattuali per le finalità indicate nel presente documento.

In qualunque momento potrà esercitare i diritti degli interessati di cui agli art. 15 e ss contattando il Titolare o il Responsabile all'indirizzo mail privacy@comune.rubiera.re.it o recandosi presso l'ufficio URP del Comune di Rubiera in Piazza Garibaldi n. 3/B oppure utilizzando l'apposito modulo reperibile sul sito istituzionale www.comune.rubiera.re.it nella home page sezione "Privacy".

Il Responsabile della protezione dei dati (DPO) designato dal titolare ai sensi dell'art.37 del GDPR è disponibile scrivendo a dpo@tresinarosecchia.it, oppure scrivendo al medesimo indirizzo collocato nella sezione "Privacy" o nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale. L'informativa completa può essere consultata sul sito istituzionale del Comune nella home page, sezione "Privacy" o può essere richiesta all'ufficio preposto o scrivendo a privacy@comune.rubiera.re.it.

Rubiera, _____

Il richiedente

Tariffa rifiuti – Domanda di agevolazione per uso presidi medico-sanitari

Il sottoscritto ATTESTA che la domanda in oggetto è stata consegnata il giorno _____

L'impiegato addetto _____