

**Al Servizio Sociale
del Comune di Breda di Piave**

Oggetto: Richiesta di attivazione del servizio di Consegna Farmaci a Domicilio.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a
_____ – C.F. _____ Tel. _____ e
residente a **Breda di Piave** (TV) _____, chiede l'attivazione del servizio di
Consegna Farmaci a Domicilio per _____.

DICHIARA

- di essere a conoscenza che il servizio di consegna Farmaci a Domicilio verrà garantito dai volontari della/delle associazioni aderenti al Protocollo Consegna Farmaci a Domicilio impiegati presso il Comune di Breda di Piave e secondo le modalità concordate con il Servizio Sociale;
- di essere a conoscenza che il beneficiario del servizio sarà tenuto a delegare le persone di cui sopra al ritiro del farmaco presso le farmacie aderenti ;
- di aver preso visione del Protocollo Consegna Farmaci a Domicilio e di accettare quanto ivi descritto;
- di autorizzare al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003;
- di essere informati che i dati personali saranno trasmessi al personale incaricato dal Comune di Breda di Piave al fine dell'organizzazione del servizio richiesto.

In fede.

Breda di Piave, li _____

Firma _____