

## Richiesta di adesione al servizio “Dossier sanitario SEU e di rilascio della “SEU card”

Io sottoscritto/a.....  
nato/a a ..... Prov. (.....) il ...../...../.....  
Doc. Identità. .... N. ....

Io sottoscritto/a.....  
nato/a a ..... Prov. (.....) il ...../...../.....  
Doc. Identità. .... N. ....

in qualità di genitori/tutore/tutrice legale che esercitano la patria potestà del minore:

(Nome e Cognome) .....  
nato/a a ..... Prov. (.....) il ...../...../.....  
Doc. Identità. .... N. ....

Confermiamo l’adesione di nostro figlio/a al servizio “Dossier Sanitario SEU” fornito dall’Associazione Progetto Alice Onlus Associazione per la lotta alla SEU e chiediamo per lui il rilascio della SEU Card.

A tale scopo

**Dichiariamo** di aver ricevuto e compreso l’informativa per il trattamento dei dati personale e sanitari, fornitami ai sensi dell’art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679

**Forniamo** il numero di cellulare e l’indirizzo email necessari per la fruizione del servizio:

Cell ..... email .....

**Alleghiamo** copia del nostro documento d’identità in corso di validità e di quello del minore

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_  
Firma \_\_\_\_\_