



Comune di Firenze

Società della Salute  
di Firenze  
**ESECUTIVO**



Azienda USL 10 di Firenze

**Deliberazione n. 17 del 22 marzo 2006**

**Oggetto: REGOLAMENTO PER L'ATTIVITA' DI AFFIDO ETEROFAMILIARE DI PERSONE ADULTE CON PROBLEMI PSICHICI.**

	Presente	assente
<b>Graziano Cioni</b> <b>Presidente</b>	<b>X</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Luigi Marroni</b> <b>Membro</b>	<b>X</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Andrea Ceccarelli</b> <b>Membro</b>	<b>X</b>	<input type="checkbox"/>
Allegati p.i.:	allegati semplici	

Il Direttore  
Fabio Focardi

**Struttura aziendale proponente**  
**S.C. GAAT FIRENZE GESTIONE ATTIVITA' AMMINISTRATIVE**  
**TERRITORIALI**

(timbro e firma)

Si esprime parere di regolarità tecnica favorevole in ordine all'art.  
49 co.I T.U.E.L.

Il Direttore: \_\_\_\_\_

Il Presidente  
Graziano Cioni

Importo di spesa €  
Conto economico ASF n.

**Visto della Direzione Aziendale**

**N. 1 DEL 23/02/2006**

Direttore Generale (Ing. Luigi Marroni) \_\_\_\_\_

Direttore Amministrativo (Dr. David Vannozzi) \_\_\_\_\_

Direttore Sanitario (Dr. Pierluigi Tosi) \_\_\_\_\_

Direttore Servizi Sociali (Saverio Fontanelli) \_\_\_\_\_

## **PREMESSO CHE**

- con deliberazioni C.C. n.919/121 del 17 novembre 2003 e del Direttore Generale dell' Azienda USL 10 di Firenze n.814 del 28/11/03 sono stati approvati la Convenzione e lo Statuto del Consorzio pubblico tra Comune di Firenze e Azienda Sanitaria di Firenze denominato Società della Salute di Firenze;
- a seguito della stipula della Convenzione, in data 26/07/04, da parte degli enti costitutivi del Consorzio, con Deliberazione n.1 del 30/07/04 si è insediata la Giunta Consortile e sono stati nominati i componenti dell'Esecutivo:

## **CONSIDERATO**

- che, con la sottoscrizione della suddetta Convenzione, la Società della Salute di Firenze è subentrata agli enti consorziati nelle funzioni di indirizzo, programmazione e governo delle attività socio-assistenziali, socio-sanitarie, sanitarie territoriali e specialistiche di base di loro competenza nel territorio corrispondente alla zona socio-sanitaria del Comune di Firenze;

## **VISTE**

- la delibera n. 590 dell'Azienda USL 10 Firenze del 15.9.05 relativa a "Società della Salute: adozione procedura di approvazione degli atti"
- la delibera n. 49 del 21.9.05 dell'esecutivo della Società della Salute di Firenze relativa a "Società della Salute di Firenze: atti di competenza e procedure di adozione";
- la relazione programmatica relativa all'affido etero-familiare di persone adulte con problemi psichici, e relativi allegati;

## **RITENUTO**

- di dare attuazione al progetto di inserimento di pazienti psichiatrici adulti presso nuclei familiari disponibili allo scopo di offrire loro un contesto relazionale idoneo a promuovere il suo benessere psicofisico secondo quanto previsto dal PSR 2005/2007;

Con le modalità previste dagli artt. 13 e 18 dello Statuto;

## **DELIBERA**

### **per i motivi espressi in narrativa**

- di approvare la relazione programmatica relativa all'affido etero-familiare di persone adulte con problemi psichici, e relativi allegati;
- di dare pubblicità alla presente deliberazione mediante affissione all'Albo Pretorio del Consorzio ove vi rimarrà per 10 giorni consecutivi;
- di trasmettere copia del presente atto agli enti aderenti

## **Relazione programmatica relativa all'affido etero familiare di persone adulte con problemi psichici.**

### **VISTE**

- la delibera n 814 del 28/11/03 relativa a: "Avvio della sperimentazione della Società della Salute: candidatura dell'Azienda Sanitaria di Firenze" e la convenzione n. repertorio aziendale 7525 del 12.8.04 relativa alla costituzione del consorzio pubblico per l'esercizio associato delle funzioni di indirizzo, programmazione e governo delle attività socio-assistenziali, socio-sanitarie, sanitarie territoriali e specialistiche di base di competenza dell'Azienda USL 10 Firenze e del Comune di Firenze;
- la delibera n. 590 del 15.9.05 relativa a "Società della Salute: adozione procedura di approvazione degli atti";
- la delibera n. 49 del 21.9.05 dell'esecutivo della Società della Salute di Firenze relativa a "Società della Salute di Firenze: atti di competenza e procedure di adozione";
- il P.S.R. 2002/2004, approvato con delibera C.R.T. n.60 del 09.04.02, al punto 5.3.1.2. dell'allegato A) individua, tra le linee di sviluppo triennale nell'ambito della salute mentale, anche l'attività di affido eterofamiliare quale promozione della crescita della solidarietà sociale attraverso una specifica progettualità;
- il P.S.R. 2005/2007, approvato con delibera C.R.T. n.22 del 16/02/05, conferma le strategie complessive per la tutela della salute mentale definite nei precedenti Piani Sanitari Regionali 1999/2001 e 2002/2004;
- l'attività di Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti con problemi psichici, di seguito definita IESA, consiste nell'affidare a famiglie, appositamente formate, adulti con disturbi psichici, individuati da un'equipe multidisciplinare dell'Azienda Sanitaria che si impegna anche a seguire lo svolgimento dell'inserimento e a supportare la famiglia stessa;
- lo IESA è stato sperimentato con successo, ormai da molti anni, in vari paesi europei e, in Italia, dalle Aziende Sanitarie di Torino e Lucca;
- l'Azienda USL 10, nella Zona-distretto di Firenze, ha già formato alcune famiglie selezionate, con specifico progetto finalizzato della Unità Funzionale Multiprofessionale (di seguito U.F.M.) Salute Mentale Adulti - Zona Distretto Firenze, approvato con delibera del Direttore Generale n. 549 del 26.06.02 " Progetto per la tutela della salute mentale anno 2001 – Attivazione di un servizio per gli inserimenti etero familiari supportati di adulti con problemi psichici – approvazione schema di convenzione con cooperativa Arca" e finanziato dalla Regione Toscana;
- nel progetto IESA si prevede un rimborso spese mensile alle famiglie affidatarie per un massimo di euro 1.200,00 ( l'ammontare esatto sarà valutato caso per caso dall'equipe proponente l'affido, in base all'impegno della famiglia affidataria, concordato nel progetto individuale);
- almeno in fase iniziale, saranno inseriti nel programma IESA solo taluni pazienti seguiti dalla U.F.M. Salute Mentale Adulti Zona Distretto Firenze che attualmente sono ospiti di strutture psichiatriche;
- l'operazione comporta un risparmio sulle spese destinate alle rette per strutture psichiatriche che si può calcolare mediamente in euro 14/15 mila annui, per ogni paziente ( costo medio mensile per ogni paziente in struttura: euro 2.400,00 - costo massimo mensile per ogni paziente in affido etero-familiare: euro 1.200,00), così come messo in evidenza dal Responsabile U.F.M. Salute Mentale Adulti Zona Distretto Firenze dr. Paolo Rossi Prodi, con nota del 4 agosto 2005;
- le risorse finanziarie per la copertura dei costi del progetto IESA saranno individuate ogni anno nel budget della U.F.M. Salute Mentale Adulti Zona Distretto Firenze con una spesa media annua stimata in 36.000,00 euro (considerando di inserire annualmente 2/3 pazienti);
- l'attività dovrebbe iniziare a partire dall'anno 2006;

- alla copertura assicurativa per responsabilità civile e per infortuni degli utenti che entreranno nel progetto IESA provvederà l'Azienda USL 10 - Firenze con le proprie polizze, già attivate, così come comunicato dal Direttore S.S. Affari legali ( ora S.S. Rapporti ESTAV) , con nota del 3 febbraio 2005;

Il Responsabile della U.F.M. Salute Mentale Adulti. Zona Distretto Firenze, dr. Paolo Rossi Prodi, rappresenta la necessità di approvare un Regolamento che organizzi in modo sistematico tutte le fasi dell'attività IESA.

Allegati:

- n. 1: Regolamento per l'affido eterofamiliare di pazienti psichiatrici.
- n. 2: Progetto individuale per l'affido familiare.
- n. 3: proposta di affido familiare
- n. 4: consenso della famiglia all'inserimento dell'utente
- n. 5: consenso dell'interessato all'inserimento

**Il Direttore  
(Dr. Alberto Parrulli)**

## **Allegato 1): Regolamento per l'affido eterofamiliare di pazienti psichiatrici**

### **Art. 1**

La SDS Firenze, tramite l'Azienda USL 10 – Firenze, intende attuare l'assistenza ai pazienti psichiatrici anche attraverso lo strumento dell'affido eterofamiliare, così come previsto dalla Delibera della Regione Toscana N°60 del 9 aprile 2002 “Piano Sanitario Regionale 2002-2004”, allegato A, paragrafo 5312-a.2, secondo le modalità previste dalla L.R.n° 28 del 16.04.1980 “Idoneità delle strutture di ospitalità e dei nuclei affidatari e ospitanti” e come confermato nel Piano Sanitario Regionale 2005-2007, approvato con Delibera della Regione Toscana n. 22 del del 16.02.2005.

L'affido eterofamiliare ha lo scopo di offrire al paziente psichiatrico un contesto relazionale idoneo a promuovere il suo benessere psico-fisico, qualora il paziente non sia in grado di vivere da solo e sia la famiglia che i parenti siano assenti o nell'impossibilità di provvedere a lui.

Per ogni proposta di affido eterofamiliare l'équipe proponente segnala al gruppo interdisciplinare, di cui all'art. 5 del presente Regolamento, i bisogni della persona e le caratteristiche del suo contesto socio-familiare.

### **Art. 2**

L'affido eterofamiliare si colloca nell'ambito del progetto riabilitativo individuale (allegato 2 al presente regolamento) elaborato dall'équipe del servizio psichiatrico territoriale ed è finalizzato a favorire:

- un successivo percorso di autonomia;
- il reinserimento nella famiglia di appartenenza o in strutture residenziali ;
- interventi alternativi alla istituzionalizzazione precoce.

### **Art. 3**

Le caratteristiche dei soggetti che accederanno al servizio di affido eterofamiliare sono:

- avere sufficiente autonomia
- non presentare, al momento della segnalazione, scompensi psicopatologici acuti con gravi problemi comportamentali e/o gravi disturbi organici.

### **Art. 4**

L'équipe proponente ha la funzione di:

- predisporre il progetto individuale per l'affido eterofamiliare, previo consenso informato dell'utente e/o del tutore;
- attivare e sostenere l'affido eterofamiliare e verificarne l'andamento;
- curare i rapporti tra l'utente inserito e la propria famiglia di appartenenza, qualora essa sia presente, favorendo il mantenimento delle relazioni familiari;
- valutare, nell'interesse dell'utente, le eventuali forme di tutela da proporre alla autorità giudiziaria competente.

### **Art. 5**

Il gruppo di lavoro del progetto di Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti con problemi Psicici, di seguito denominato IESA, sviluppa le iniziative utili alla realizzazione del progetto dell'affido eterofamiliare in stretta collaborazione con gli operatori dei servizi territoriali.

In particolare:

- provvede al reperimento, alla conoscenza e alla selezione delle famiglie disponibili ad accogliere pazienti psichiatrici;
- predispone una banca dati;
- promuove iniziative di formazione e di consulenza per gli operatori dei servizi territoriali;
- effettua interventi di sensibilizzazione circa i bisogni delle persone affette da disturbi psichici e sulle potenzialità dell'affido eterofamiliare, attraverso incontri aperti alle famiglie, alle associazioni interessate, alla popolazione.

#### **Art. 6**

La SDS Firenze, tramite le competenti strutture dell'Azienda USL 10 - Firenze provvede a:

- formalizzare l'affido eterofamiliare, sia full time sia part time, attraverso specifico provvedimento del Direttore S.C. Gestione Attività Amministrative Territoriali Zona Distretto Firenze, a seguito di proposta del Responsabile dell'U.F.M. Salute Mentale Adulti Zona Distretto Firenze (allegato 3 al presente regolamento); la durata dell'intervento sarà stabilita nel piano terapeutico e la sua validità dovrà essere sottoposta a verifica annuale anche al fine di individuare le risorse nel budget annuale della U.F.M.; in caso di ricovero ospedaliero della persona affidata sarà l'équipe proponente a valutare l'opportunità o meno di continuare l'erogazione del contributo e a determinarne eventuali variazioni dando tempestiva comunicazione all'ufficio amministrativo competente;
- erogare un intervento economico mensile, come sostegno alla famiglia stessa, intervento intestato all'utente con delega di riscossione ad un componente della famiglia affidataria; l'ammontare di tale intervento economico, fino ad un massimo mensile di 1.200,00 (milleduecento/00), sarà determinato nel progetto individuale di inserimento, anche in relazione alle possibilità economiche ed esigenze dell'utente e potrà variare a seguito delle contingenze di volta in volta emergenti; ogni variazione ( o cessazione) del compenso economico dovrà essere tempestivamente comunicata dall'équipe proponente all'ufficio amministrativo competente;
- estendere, con comunicazione alla S.S. Rapporti ESTAV dell'Azienda USL 10-Firenze, il contratto di assicurazione a garanzia di eventuali danni che le persone collocate in affido eterofamiliare possano arrecare agli ospitanti e/o a terzi e la polizza infortuni per danni che dette persone possano subire.

#### **Art. 7**

Il gruppo di lavoro IESA valuterà l'idoneità delle famiglie o delle persone, tra coloro che si sono dichiarati disponibili, accertando la presenza dei seguenti requisiti fondamentali:

- consapevolezza delle motivazioni alla base della scelta;
- disponibilità ad accogliere il paziente psichiatrico ed offrirgli un'esperienza di vita familiare idonea;
- buona integrazione della famiglia nell'ambito sociale;
- disponibilità a collaborare con l'équipe dei servizi territoriali,
- disponibilità a mantenere rapporti con i familiari della persona affidata;
- idoneità dell'abitazione.

## **Art. 8**

La famiglia o le persone che accolgono utenti in affido, a seguito di sottoscrizione di apposito documento, allegato al presente regolamento (allegato 4) si impegnano a:

- provvedere alla cura, al mantenimento della persona inserita, alla sua socializzazione e a tenere rapporti con i familiari della persona affidata;
- provvedere a mantenere rapporti collaborativi con l'équipe dei servizi territoriali competenti;
- non indurre la persona inserita a compiere atti di ordinaria o straordinaria amministrazione relativi al suo patrimonio o a quello della sua famiglia senza l'assenso preventivo o parere dell'équipe territoriale o dell'autorità giudiziaria competente o del tutore;
- non inserire la persona affidata in eventuali attività lavorative della famiglia affidataria;
- farsi carico delle spese di alimentazione, utenze, gestione alloggio, biancheria, attività di tempo libero effettuate con la famiglia in quanto comprese nel contributo erogato dall'Azienda Sanitaria.

## **Art. 9**

La persona affidata si impegna a farsi carico delle spese di vestiario, medicine e visite mediche, esigenze personali (consumazioni bar, sigarette, barbiere, parrucchiere, ecc), attività di tempo libero individuali, sottoscrivendo il documento allegato 5 al presente Regolamento e delegando un componente della famiglia affidataria alla riscossione del contributo mensile.

## **Art. 10**

L'équipe del servizio territoriale competente ricerca, per la buona riuscita dell'affido eterofamiliare, la fattiva collaborazione dei familiari dell'utente e della famiglia affidataria.

## **Art. 11**

Annualmente il gruppo di lavoro IESA predisponde la relazione dell'attività svolta, il programma di previsione per l'anno successivo e lo sottopone al Comitato Direttivo del D.S.M.

**Allegato 2) : Progetto individuale per l'affido familiare**

**SOCIETA' DELLA SALUTE DI FIRENZE  
U.F.M. SALUTE MENTALE ADULTI ZONA DISTRETTO FIRENZE  
V.le Michelangelo, 41 – 50125 Firenze**

**Progetto individuale per l'affido familiare di**

**Cognome ..... Nome .....**

**Nato a ..... il .....**

**Residente a ..... Via ..... N° .....**

**Se interdetto o inabilitato:**

**Tutore/curatore sig . .....**

**Indirizzo .....**

**Recapito telefonico .....**

**BREVE STORIA CLINICA**

.....  
.....  
.....

**DIAGNOSI ATTUALE**

.....  
.....  
.....

**TERAPIA IN ATTO E MODALITA' DI SOMMINISTRAZIONE**

.....  
.....  
.....

**SITUAZIONE ECONOMICA DELL'UTENTE**

.....  
.....  
.....

**PROCEDIMENTI GIUDIZIARI IN CORSO (CIVILI O PENALI)**

-----  
-----  
-----

**CARATTERISTICHE DEL SOGGETTO CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AGLI  
EVENTI SIGNIFICATIVI DELLA STORIA PERSONALE, FAMILIARE EAL CONTESTO  
SOCIO RELAZIONALE**

-----  
-----  
-----

**ELEMENTI INDICATIVI DEI BISOGNI ED ESIGENZE ASSISTENZIALI**

-----  
-----  
-----

**RISORSE DEL SOGGETTO CIRCA LA CAPACITA' DI INSTAURARE NUOVE  
RELAZIONI ANCHE DI TIPO AFFETTIVO E DI ACCETTARE LE REGOLE DI  
CONVIVENZA**

-----  
-----  
-----

**GRADO DI COINVOLGIMENTO DEL SOGGETTO NEL PROGETTO, LE SUE  
ASPETTATIVE E QUELLE DEI FAMILIARI**

-----  
-----  
-----

**OBIETTIVI DELL'INTERVENTO**

-----  
-----  
-----

**L'EQUIPE PROPONENTE**

**Allegato 3): Proposta per l'affido familiare**

**SOCIETA' DELLA SALUTE DI FIRENZE**  
**U.F.M. SALUTE MENTALE ADULTI ZONA DISTRETTO FIRENZE**  
**V.le Michelangelo, 41 – 50125 Firenze**

M.O.M. SMA n. ....

**PROPOSTA PER L’AFFIDO FAMILIARE DI:**

<b>Cognome</b> .....	<b>Nome</b> .....
<b>Nato a</b> .....	<b>il</b> .....
<b>Residente a</b> .....	<b>Via</b> ..... <b>N°</b> ..... ( <b>cap</b> .....

**FAMIGLIA AFFIDATARIA**

(dati del capo-famiglia)

<b>Cognome</b> .....	<b>Nome</b> .....
<b>Residente a</b> .....	<b>Via</b> ..... <b>N°</b> ..... ( <b>cap</b> .....

**DELEGATO ALLA RISCOSSIONE:**

<b>Cognome</b> .....	<b>Nome</b> .....
<b>codice fiscale</b> .....	
<b>Residente a</b> .....	<b>Via</b> ..... <b>N°</b> ..... ( <b>cap</b> .....
<b>Modalità di riscossione:</b>	
• quietanza diretta presso banca .....	
• assegno circolare n.t.	
• accredito su cc. n. .... <b>banca</b> .....	
<b>ABI</b> ..... <b>CAB</b> .....	

<b>CONTRIBUTO MESILE:</b>
---------------------------

€ .....

**Durata del contributo da ..... a .....**

**VARIAZIONE DEL CONTRIBUTO:**

**il contributo assegnato varia da € ..... a € .....**  
...

**per il periodo da ..... a .....**  
...

- I sottoscritti responsabili si impegnano a comunicare all'ufficio amministrativo competente le eventuali variazioni del contributo
- I sottoscritti responsabili si impegnano a monitorare costantemente l'andamento dell'affido familiare

il Responsabile U.F.M.A.  
Salute Mentale Adulti  
Zona Firenze

il Responsabile M.O.M.

l'Assistente Sociale o Educatore

**Allegato 4): Consenso della famiglia all'inserimento dell'utente**

**SOCIETA' DELLA SLUTE DI FIRENZE  
U.F.M.SALUTE MENTALE ADULTI ZONA FIRENZE  
V.le Michelangelo, 41 – 50125 Firenze**

I sottoscritti \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residenti a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

esprimono il proprio consenso all'inserimento presso il proprio nucleo familiare di:

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

secondo le modalità previste dal Regolamento, approvato con Delibera dell'esecutivo della Società della Salute di Firenze n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Si impegnano, inoltre, a :

- provvedere alla cura, al mantenimento della persona inserita, alla sua socializzazione e a tenere rapporti con i familiari della persona affidata;
- provvedere a mantenere rapporti collaborativi con l'équipe dei servizi territoriali competenti;
- non indurre la persona inserita a compiere atti di ordinaria o straordinaria amministrazione relativi al proprio patrimonio o della propria famiglia senza l'assenso preventivo o parere dell'équipe dei servizi territoriali o dell'autorità Giudiziaria competente o del tutore;
- non inserire la persona affidata in eventuali attività lavorative della famiglia affidataria;
- farsi carico delle spese di alimentazione, utenze, gestione alloggio, biancheria, attività di tempo libero, effettuate con la famiglia, in quanto comprese nel contributo erogato dall'Azienda Sanitaria.

Ai sensi dell'art. 13 (Informativa) del D. Lgs. N. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali), ad integrazione dell'informativa di carattere generale adottata dall'Azienda USL 10 Firenze, si precisa che il conferimento dei dati di cui sopra è facoltativo, ma il mancato conferimento renderebbe impossibile l'attuazione dell'inserimento familiare.

I dati forniti possono essere conosciuti da responsabili e incaricati nell'ambito del percorso legato all'inserimento.

L'interessato dà, inoltre, ai sensi e agli effetti di cui all'art. 81 (Prestazione del consenso) del D. lgs. n. 196/03, il consenso al trattamento dei dati personali raccolti che saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**Firma** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Allegato 5): Consenso dell'utente all'inserimento presso il nucleo familiare.**

**SOCIETA' DELLA SALUTE DI FIRENZE  
U.F.M. SALUTE MENTALE ADULTI ZONA DISTRETTO FIRENZE  
V.le Michelangelo, 41 – 50125 Firenze**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

esprime il proprio consenso all'inserimento presso il nucleo familiare di:

\_\_\_\_\_ e di \_\_\_\_\_

residenti a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

secondo le modalità previste dal Regolamento, approvato con Delibera dell'esecutivo della Società della Salute di Firenze n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Si impegna, inoltre, a farsi carico delle spese di vestiario, medicine e visite mediche, esigenze personali (consumazioni bar, sigarette, barbiere, parrucchiere, ecc), attività di tempo libero individuali.

Delega il Sig. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

alla riscossione del contributo erogato dall'Azienda USL 10 - Firenze.

Ai sensi dell'art. 13 (Informativa) del D. Lgs. N. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali), ad integrazione dell'informativa di carattere generale adottata dall'Azienda USL 10 Firenze, si precisa che il conferimento dei dati di cui sopra è facoltativo, ma il mancato conferimento renderebbe impossibile l'attuazione dell'inserimento familiare.

I dati forniti possono essere conosciuti da responsabili e incaricati nell'ambito del percorso legato all'inserimento.

L'interessato dà, inoltre, ai sensi e agli effetti di cui all'art. 81 (Prestazione del consenso) del D. lgs. n. 196/03, il consenso al trattamento dei dati personali raccolti che saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma \_\_\_\_\_

Il Tutore/Curatore \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_