



**c) che lo stato di salute del beneficiario è il seguente:**

- persona autosufficiente
- persona invalida al 100% con accompagnamento
- persona invalida al 100%
- persona invalida al 75%
- altro (specificare) \_\_\_\_\_

**AUTORIZZA**

il Servizio Sociale del Comune di \_\_\_\_\_ al trattamento dei dati rilasciati *esclusivamente* per l'espletamento della procedura di attivazione del servizio di Telefonia Sociale, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive integrazioni.

\_\_\_\_\_  
(Luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(Firma)