

AL SIG. RESPONSABILE DEL SERVIZIO
PER LE TOSSICODIPENDENZE
VIA DEI VALENZANI, s.n.
09131 CAGLIARI

l sottoscritt_ _____ nat_ a _____ il _____
residente a _____ in Via _____

Dichiara di :

- essere stato in trattamento presso il SER.T. di _____
- di non essere mai stato in trattamento presso alcun SER.T..

CHIEDE

Che venga predisposto il programma terapeutico riabilitativo per l'affidamento in prova al Servizio Sociale - ex art. 94 del DPR 309/90 e successive modificazioni – da effettuarsi:

- presso il SER.T. di _____
- presso una Comunità Terapeutica.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 11 del D. Lgs. 196/2003 i dati riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati unicamente a tale scopo. La sottoscrizione del presente modulo vale come consenso al trattamento dei dati, per le finalità indicate, ai sensi dell'art. 23 del D. Lgs. 196/2003.

Cagliari, _____

(firma del richiedente)