

RICHIESTA DI ACCESSO AI SERVIZI DI RETE DAFNE PUGLIA

A Rete Dafne Puglia
Numero verde 800 034 532
puglia@retedafne.it
www.retedafne.it

INVIANTE:

- Carabinieri GdF Polizia Procura Servizio Sanitario Servizi Sociali Tribunale
 Altro: _____ (specificare)

Nominativo Operatore Inviante _____

Telefono Operatore Inviante _____

Email Operatore Inviante _____

UTENTE:

Nome e Cognome _____

Data e Luogo di nascita _____

Sesso _____

Cittadinanza _____

Lingua parlata (indicare eventuale necessità di un interprete) _____

Recapiti:

residenza/domicilio _____

telefono _____

email _____



MOTIVI DELL'INVIO:

Fatto denunciato _____

Luogo e data del fatto _____

Rapporto con l'autore del fatto:

Coniuge Convivente Familiare Vicinato Nessun rapporto Altro (*specificare*)

Tipologia di assistenza richiesta a Rete Dafne Puglia:

Note

Si autorizza il trattamento dei dati ai sensi e per gli effetti del d.lgs. n. 195/2003, limitatamente ed esclusivamente ai fini del servizio per cui si richiede l'accesso.

Firma Richiedente (Utente)

Firma Operatore Inviante

Allego:

Copia fotostatica del documento identità del richiedente e dell'inviante.

A cura di Rete Dafne Puglia

Prot. ___/___ RDP

Data _____

Operatore Ricevente _____

