

---

## Richiesta PAI

---

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
disabile al \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il ed ivi residente alla Via \_\_\_\_\_

CHIEDO

Che mi venga rilasciato il PAI per poter richiedere i buoni di servizio regionali per pagare la quota sociale della diaria di frequenza del Centro Diurno che frequento a \_\_\_\_\_  
denominato \_\_\_\_\_

I dati personali raccolti con la presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la stessa dichiarazione viene resa. Per esercitare i suoi diritti di cui agli artt. 15-22 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Reg. UE 2016/679) potrà rivolgersi al Responsabile della protezione dei dati presso il Titolare del trattamento (ASL BARI – Lungomare Starita 6, 70123 Bari) – email: [dpo@asl.bari.it](mailto:dpo@asl.bari.it) – pec: [protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it](mailto:protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it)). Per maggiori informazioni sul trattamento dei dati personali, si rinvia al sito internet istituzionale (<https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari>) nell'apposita sezione Privacy.

Distinti saluti

In fede

Bitonto, \_\_\_\_\_