SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 6

REGIONE LAZIO

ASL ROMA 6
Dipartimento di Prevenzione
Servizio Igiene e Sanità Pubblica
Borgo Garibaldi, 12
P.e.c: sisp@pec.aslroma6.it

Il sottoscritto _____ _____
Cognome *Nome*

nato a _____ Prov. _____ il _____

residente a _____ in Via _____ civico ____

Piano ____ interno _____ Tel. _____ mail _____

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale, secondo quanto prescritto dall'art. 176 del D.P.R. 445/200 espone quanto segue (specificare solo la tipologia di inconveniente igienico/sanitario):

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Il/la sottoscritto/a…….. esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali che saranno archiviati e verranno trattati utilizzando modalità manuali, informatiche e telematiche, nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento (UE) 2016/679 (General Data Protection Regolation — GDRP) secondo l'informativa conservata presso sede della ASL Roma 6 pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: https://www.aslroma6.it/privacy.

ALLEGATI

- Copia del documento di riconoscimento in corso di validità.
- Copia del versamento se ed in quanto dovuto

Data…….. Firma……

NB: La ASL si riserva di richiedere ai sensi del tariffario regionale (punto 02:43:02) (D.G.R. n. 10740/1995) un versamento per esposti di natura privatistica e condominiale di €77,46 sul C/C POSTALE N.20633020 INTESTATO ASL ROMA 6 OPPURE C/C BANCARIO IBAN IT97O0200838864000400007355