

DICHIARAZIONE PER ISCRIZIONE SSR MINORE COMUNITARIO

Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di genitore/tutore/altro

Documento (se presente) _____

C.f. (se presente) _____

Tel. (se presente) _____

CHIEDE

L'iscrizione al SSR per _____

Nato/a a _____ il _____

Residente/domiciliato/a a _____ via _____

Documento (se presente) _____

DICHIARA

DI NON ESSERE IN POSSESSO DI ATTESTATO DI DIRITTO RILASCIABILE DAL PAESE DI PROVENIENZA NE'
DI POSSEDERE TEAM.

ai sensi del regolamento (UE) 2016/679 (protezione delle persone fisiche con riguardo ai dati personali, nonché alla libera circolazione dei dati) e del D.Lgs. 101/2018, le informazioni contenute nella presente comunicazione, sono riservate e ad uso esclusivo del destinatario. La diffusione, distribuzione e/o copiatura del presente documento ed eventuali allegati da parte di qualsiasi soggetto diverso dai destinatari è proibita; tale divieto di diffusione è sanzionato dal Regolamento UE 2016/279 e dal D. Lgs. 101/2018.

Firma _____

Responsabile della protezione dati rpd-dpo: dott. Sergio Lizio - mail rpd-dpo@asst-nordmilano.it

IL DICHIARANTE

Luogo e data _____