

CHIEDE

inoltre, l'importo aggiuntivo "una tantum" ai sensi dell'articolo 2, comma 2, L. 210/92 per aver riportato una menomazione permanente a causa di vaccinazioni obbligatorie.

Alla domanda sono allegati i seguenti documenti:

A. Documenti amministrativi

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____

B. Documenti sanitari

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____
- 6. _____

Dichiara altresì di voler ricevere ogni comunicazione al sottoindicato indirizzo e di comunicare tempestivamente ogni variazione dello stesso:

Vian.
CAP Città prov.
telefono cell. fax

Ai sensi e per gli effetti dell'art 10 della L. 675/96 si informa che:

- 1. Dichiaro di aver preso visione delle informazioni di cui agli art 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa. L'interessato potrà accedere ai dati chiedendone la correzione, l'integrazione e ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco.
- 2. Titolare del trattamento dei dati è il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale o un suo delegato al quale potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti così come previsti dall'art.13 della L. 675/96.

Firma per presa visione _____
(firma estesa leggibile)

....., lì |_____|_____|_____|
(luogo) (data) _____
(firma estesa leggibile)