

**MODULO DI RICHIESTA DI ACCESSO AGLI ATTI DEL FASCICOLO PERSONALE**

AL Presidente

Commissione medica Locale ASL RM 5

[cmlreferti@aslroma5.it](mailto:cmlreferti@aslroma5.it)

Oggetto: **Domanda di richiesta copia fascicolo personale**.

|  |  |
| --- | --- |
| COGNOME E NOME |  |
| LUOGO E DATA DI NASCITA |  |
| N. PATENTE |  |
| RILASCIATA |  |
| IN DATA |  |
| TELEFONO/CELLULARE |  |

**CHIEDE**

copia documentazione del proprio fascicolo personale.

Allega copia della patente, in caso di smarrimento documento di identità.

**la domanda verrà lavorata solo se correlata dell’attestazione dell’avvenuto pagamento da effettuarsi tramite versamento su c/c postale n.82501008 € 5.16 ASL ROMA 5 – causale-rilascio copia fascicolo personale CML- patenti speciali-**

Data, li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PARTE RISERVATA ALL’UFFICIO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**dichiara** di aver ritirato la documentazione acquisita al proprio fascicolo personale in data odierna.

Colleferro, li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_