

MODULO DI RICHIESTA DI ACCESSO AGLI ATTI DEL FASCICOLO PERSONALE

AL Presidente
Commissione medica Locale ASL RM 5
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 _____