

*Spettabile
Asl n.5
Distretto di Ghilarza – Bosa
Ufficio Rapporti Internazionali*

09074 GHILARZA

Oggetto: chiusura attestato modello _____ rilasciato dallo Stato _____

Il/La __ sottoscritt _____

nato/a il __/__/____ a _____ residente _____

in Via _____ Tel _____

e-mail _____@_____.

chiede che

l'attestazione alle prestazioni in natura relativa a _____
_____ venga chiusa in quanto _____

Cordiali saluti

In fede

Sottoscrizione dell' istanza da parte dell' interessato.

può essere sottoscritta in presenza del dipendente addetto, sottoscritta ed inviata unitamente ad una fotocopia di un documento d' identità valido del sottoscrittore.

Possono essere inviate via fax o telematica (in questo caso sono valide se sottoscritte con firma digitale ovvero quando identificato dal sistema informatico con uso di carta d'identità elettronica)

Informativa ai sensi della Legge sulla tutela dei dati personali legge 675/96 ovvero (D.Lgs 196/2003)

I dati forniti dall' utente verranno trattati dall' amministrazione, (in forma digitale e cartacea) nella misura necessaria al raggiungimento dei fini istituzionali e comunque nel rispetto della legge n.675/96 e successive modificazioni.

All' utente competono i diritti previsti dall' art.13 della legge n.675/96,(art.7 del D.Lgs n196/2003) in particolare il diritto di accedere ai propri dati, chiedendone la correzione, l' integrazione e ricorrendo i presupposti previsti in materia la cancellazione ed il blocco degli stessi.

Da utilizzare qualora mutino le situazioni che hanno generato l'apertura del formulario (cambio residenza, familiare non più a carico, decesso titolare diritto etc)