MODULO DI RICHIESTA DI COPIA DELLA DICHIARAZIONE DI ACCETTAZIONE DELLE CONDIZIONI DEL SERVIZIO FEA GRAFOMETRICA E RELATIVA DOCUMENTAZIONE
art. 57, comma 1, lett. c DPCM 22.02.2013

Spett.le
Fondazione Sanità e Ricerca
Via Alessandro Poerio 100
00152 ROMA

Io sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

Codice fiscale _____

in qualità di:

☐ Assistito

☐ Caregiver dell'assistito _____

☐ Familiare/Altro dell'assistito _____

in qualità di utente firmatario aderente al servizio di FEA Grafometrica erogato dalla Fondazione Sanità e Ricerca,

CHIEDO

ai sensi dell'art. 57, comma 1 lett. c) del DPCM 22.02.2013, copia della dichiarazione di accettazione delle condizioni di servizio FEA Grafometrica e del consenso al trattamento dei dati personali biometrici da me sottoscritta, del documento di riconoscimento allegato e della relativa documentazione, da inviare come di seguito specificato (tracciare un "X" per la scelta):

☐ inviare la documentazione in formato elettronico al seguente indirizzo email:

_____@_____

☐ inviare la documentazione in formato cartaceo al seguente indirizzo:

nome/cognome _____

Indirizzo (via/piazza/ecc.) _____ n. _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Data _____ **Firma** _____

IMPORTANTE: Allegare copia di un valido documento di identità

MODALITA' DI INVIO DEL PRESENTE MODULO:

- PEC all'indirizzo fondazionesanitaericerca@pec.it
- Posta raccomandata: Fondazione Sanità e Ricerca, Via Alessandro Poerio n. 100 - 00152 ROMA