

Al Dipartimento V – Servizio 2
“Welfare e sostegno alle fragilità e alle disabilità
e interventi finalizzati all’integrazione sociale.
Attività SOLIDEA”
Città Metropolitana di Roma Capitale

Dirigente: Dott.ssa Laura Onorati

Il/la sottoscritto/a.....
Nato/a a.....Prov.il.....
Residente in.....Prov.Via.....CAP.....
Tel.....cellulare.....
Documento di riconoscimento:..... n.
rilasciato da.....il.....
del quale si allega fotocopia.

Dati relativi al minore accolto presso il Brefotrofio

Cognome.....Nome.....
Cognome conferito alla nascita.....
Nato ail.....
Mail

Chiede

.....
.....
.....
.....

Motivazione ed interesse.....
.....
.....

E’ venuto a conoscenza della possibilità di accedere ai documenti conservati nell’Archivio Storico
tramite.....

.....
E’ in contatto con siti o social network dedicati alla ricerca delle origini..... Quali.....

.....
.....

In qualità di

- Diretto interessato
- Legale rappresentante (allega delega e fotocopia documento del delegante e del legale)

Data.....

Firma

INFORMATIVA SULLA PRIVACY ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo del 30/06/2003 n. 196 e successive modifiche. Il trattamento dei dati personali è effettuato nel pieno rispetto delle disposizioni di legge. È garantita la massima riservatezza

I dati sopra riportati sono utilizzati esclusivamente per consentire l'identificazione dell'interessato ai fini del presente procedimento d'accesso.

I dati personali dell'interessato sono requisito essenziale per esercitare il diritto secondo la Legge n° 241/90, Legge n°15/2005.