

Oggetto: richiesta certificato di servizio

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
e residente in _____
tel _____ e-mail _____
dipendente a tempo indeterminato determinato
dell' ASL Napoli 3 Sud in qualità di _____ matr. N° _____
presso la Struttura _____

CHIEDE

N° _____ attestati certificati storici

per il seguente motivo

Dichiara, inoltre, di essere informato, ai sensi dell'art.13 del D.l.vo 196/03, che i dati personali saranno trattati anche con strumenti informatici, adottando le misure idonee a garantire la sicurezza e la riservatezza nel rispetto della normativa sopra richiamata secondo quanto previsto nel documento programmatico alla sicurezza vigente

data

Firma per esteso
