

RICHIESTA APPLICAZIONE ORDINANZA SINDACALE DI DIVIETO DI COLTIVAZIONE DELLE FAVE

Al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica  
Az. U.S.L. RM 3

Il/la sottoscritt... \_\_\_\_\_

nat.. a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

recapito telefonico nelle ore d'ufficio \_\_\_\_\_

Consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci e/o false attestazioni il DPR 445/00 prevede sanzioni penali nonché la decadenza dei benefici, sotto la propria personale responsabilità

Dichiara:

[ ] di essere affetto/a da deficit di G6PD (favismo)

[ ] che il/i proprio/i figlio/i sotto elencato/i sono affetti da deficit G6FD (favismo)

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

e chiede l'intervento del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica per ottenere l'applicazione dell'Ordinanza Sindacale sul Favismo.

Allega pertanto la certificazione medica attestante la patologia.

In fede \_\_\_\_\_

Informativa Privacy: Ai sensi del D.leg. 196/2003 - Codice Privacy, si informa che i dati personali forniti con la presente richiesta ed acquisiti nel corso del procedimento per il quale viene presentata la documentazione, saranno trattati dall'Az. USL RM 3 quale titolare ai fini dello svolgimento del medesimo procedimento e dei controlli istituzionali. Tali dati potranno essere utilizzati con idonee modalità e procedure anche informatizzate dal personale a ciò incaricato ed, ove necessario, comunicati alle competenti autorità e soggetti pubblici per le finalità previste dalla normativa vigente, nonché ai soggetti legittimati all'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi. La persona interessata potrà richiedere di accedere ai dati che la riguardano ed eventualmente rettificarli e cancellarli (art. 7 d.lgs. 196/2003), rivolgendosi al Direttore del Servizio quale responsabile del trattamento presso l'Az. USL RM 3, ai recapiti reperibili sul sito [www.aslromad.it](http://www.aslromad.it)