

Richiesta copia conforme all'originale verbale invalidità/L. 104 (solo per verbali emessi fino al 31/12/2009)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____

prov. _____ il _____ residente in _____

via _____ n. _____ CAP _____ tel _____

CHIEDE

che venga rilasciata copia conforme del: verbale di invalidità civile verbale L. 104/92

*rilasciato in data ____/____/____ n. pratica _____

intestato a _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente in _____ via _____ n. _____ CAP _____

smarrito in luogo e data imprecisata.

Si allega (obbligatoriamente):

- fotocopia documento di riconoscimento
- denuncia di smarrimento presentata presso l'Autorità Giudiziaria in data _____

oppure autocertificazione di smarrimento *da compilare e firmare a cura dell'intestatario del verbale*

Data _____ Firma del richiedente _____

*** campi obbligatori per verbali rilasciati prima del 01/01/1999**

NB: se la richiesta è inoltrata da altra persona, è indispensabile la delega e fotocopia del documento di riconoscimento del titolare del verbale.

Modalità di presentazione della richiesta

e-mail: medicina.legale@aslroma3.it in formato PDF

di persona, previo appuntamento telefonico: dalle ore 9 alle ore 12 Tel. 06/56487263

Segreteria U.O.C. Medicina Legale via Casal Bernocchi n. 73

Informativa ai sensi dell'art. 13 D.lgs. 196/2003 "Codice Privacy" e del Regolamento (UE) 2016/679 artt. 13 e 14
il firmatario autorizza l'Azienda Sanitaria Roma 3 ad utilizzare i dati sopra riportati esclusivamente ai fini del procedimento amministrativo per il quale sono richiesti e verranno utilizzati solo per tale scopo